Harvard University

Library of

The Medical School

and

The School of Public Health



Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
The National Endowment for the Humanities and the Arcadia Fund

https://archive.org/details/boletindelaasoci2319asoc

R. P. STRON

Año XXIII. Núm. 134.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

ENERO 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Application for entry as second class matter pending

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
1 SEP 1938

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 1

Algunas consideraciones sobre la Urografía por Inyección Intravenosa 2
Dr. I. González Martínez.

La Inyección Intra-Raqnidea de Cafeina en los accidentes graves de la Raquianestesia 11
Dr. Luis E. Aybar.

Aplicación de la prueba de Mantoux. Su importancia como indicación de Infección Tuberculosa . 14
Dr. J. Rodríguez Pastor.

American Association for the Study of Goiter . . 17

The American Board of Obstetrics and Gynecology . . 18

Un nuevo Edificio para el Polyclinic Hospital de New York 18

CANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

Deficiencias de la Vitamina-B
Ocurren en Cuba y Puerto Rico

Las estadísticas prueban que el beriberi, originado por la falta de vitamina B_1 (F) y la pelagra, causada por la falta de vitamina B_2 (G), ocurren en Cuba, Puerto Rico y otras partes de las Antillas.

Lo que es más importante aún, hay millares de personas que padecen deficiencia parcial de la vitamina-B, lo que causa afecciones tales como anorexia, desnutrición, lactancia deficiente, marasmo, anemia y debilidad constitucional contra las infecciones.

Para aliviar estos desórdenes, ofrecemos la preparación más potente de vitamina-B, que combina las vitaminas B_1 (F) y B_2 (G). Biológicamente, se ha ensayado en animales de prueba. Clínicamente, se ha usado con éxito por el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos, la Cruz Roja Americana, la Clínica Mayo y otros de los principales hospitales de los Estados Unidos.

Espere por correo el folleto "La Huella del Huracán", que explica en forma muy interesante cómo y por qué esta poderosa preparación de vitamina-B, puede dar alivio en varias enfermedades prevalentes.

LEVADURA DE CERVECEROS (POLVO)—HARRIS
2 Cucharaditas rasadas de 2 a 4 veces diarias.

o, si está indicada una forma más concentrada,

VITAMINA DE LEVDURA (PASTILLAS) — HARRIS
2 pastillas 3 veces al día.

Elaborado por
THE HARRIS LABORATORIES
Tuckahoe, New York
E. U. A.

Se encuentran en todas las droguerías al por mayor de Puerto Rico y Cuba; o dirigirse a Joaquin Beléndez Sola, P. O. Box 1188, San Juan, Puerto Rico.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

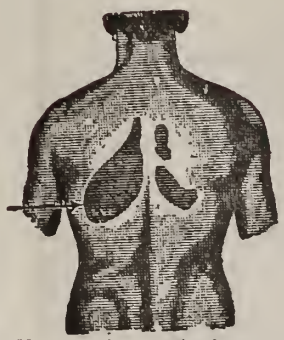
FILADELFIA, E. U. de A. 91141

El uso de la Antiphlogistine

como auxiliar en el tratamiento de la NEUMONIA

Durante treinta y cinco años la ANTIPHLOGISTINE ha proporcionado una combinación excelente de ingredientes, que ha resultado ser una ayuda de gran valor en el tratamiento de la neumonía.

El cuidado meticuloso con que los ingredientes son seleccionados y combinados, la fidelidad con que la formula original ha sido seguida a través de los años, y los resultados clínicos uniformemente excelentes obtenidos con ella, han sido otros tantos factores contribuyentes hacia la formación de una opinión general de que la ANTIPHLOGISTINE es un apósito de confianza en los casos de neumonía.



Uno de los grabados en color del folleto titulado "El Pulmón Neumónico"

La aplicación de la ANTIPHLOGISTINE en los casos de neumonía no es más que la aplicación de un principio científico y lógico a la vez. Aplicada sobre las paredes toráxicas al comienzo de la enfermedad, lo más caliente que pueda soportarse sin molestia, se adhiere a la piel como un molde y constituye para el clínico moderno un medio eficaz para la aplicación y *conservación* del calor húmedo.

Para su mayor facilidad, sírvase adjuntar su recetario a este cupón, y enviénoslo por correo

---

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.
163 Varick St., New York City
Muy señores míos:
Sírvanse remitirme un ejemplar de su librito titulado "El Pulmón Neumónico", (incluyendo la muestra).

Nombre----------

Dirección----------

Luis Garratón, P. O. Box 1541, San Juan.

¡ALGO MAS QUE UNA SIMPLE PREPARACION DE HIERRO!



La inestimable eficacia del hierro, más la Vitamina B y otros agentes reconstituyentes.

EN el Neoferrum el médico tiene a su disposición una preparación ferruginosa que activa una muy rápida regeneración sanguínea.

Ha dado los más rápidos y satisfactorios resultados en las anemias y clorosis y en las deficiencias sanguíneas en general acompañadas de desnutrición y adinamia, restaurando el vigor, el apetito y el color.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28	%
Manganeso Elemental	0.066	%
Acido Arsenioso	0.0007	%
Maltina	30.00	%
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00	%
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00	%
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00	%

El Neoferrum corrije no solamente el empobrecimiento sanguíneo, sino que, por su abundancia de Vitaminas B, mejora el apetito, acelera la nutrición y fortifica el organismo debilitado contra las infecciones.

El Neoferrum suministra el hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos—hierro orgánico que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso, es especialmente eficaz como regenerador de la sangre.

El Neoferrum no es astringente, es fácilmente asimilable, ligeramente laxante y agradable al paladar. Tiende a corregir la acidosis y no mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se despacha solamente por receta facultativa. A solicitud se enviarán informes clínicos específicos y muestras. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NB
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

Para los Niños y las Personas Delicadas que necesitan del Aceite de Hígado de Bacalao

SIEMPRE ha sido un problema de como hacer tomar a muchos pacientes este valioso elemento nutritivo-medicinal.

Hace cincuenta y cinco años que la profesión médica reconoció el aceite de hígado de bacalao como un importante correctivo de la nutrición deficiente en todas sus manifestaciones; pero no todo el mundo podía gozar de sus beneficios totales en su estado natural. Fué entonces cuando la casa Scott & Bowne presentó, como resultado de sus múltiples experimentos, la Emulsión de Scott de purísimo Aceite de Hígado de Bacalao de Noruega con glicerina y sales solubles de calcio y de fósforo, para beneficiar a aquellos que no pudiendo asimilar el aceite natural, se habían visto privados de su eficacia bienhechora.



Planta productora de aceite de hígado de bacalao establecida por Scott & Bowne, en Balstad, Islas Lofoten, Noruega

Cada día va en aumento el número de profesionales que reconocen las ventajas de la



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

La Popularidad del **MERCUROCROMO**

(Dibromoximercurifluoresceína)
Marca Registrada

entre la clase médica ha despertado la codicia de los imitadores, que ya están tratando de substituir drogas de apariencia similar, pero de composición altamente tóxica.

Estas imitaciones perjudican nuestros intereses materiales mientras contravienen las leyes de marcas y patentes, pero lo que es aún más importante, ellas peligran la *salud pública* y el *prestigio de los facultativos.*

¡DESCONFIE!
de todo *"Mercurocromo"* cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

PYRAMIDON

EL ANALGESTICO UNIVERSAL

Continuará siendo el favorecido de la profesión médica, por su eficacia insuperable, acción rápida y verdadera, y por estar libre de efectos secundarios.

Meritorio antipirético, antineurálgico, y antireumático.

Particularmente indicado en los casos de:

Influenza, grippe, fiebre de las enfermedades infecciosas, hemicránea, neuralgia del trigémino, dolor de cabeza, neuritis, trastornos menstruales, erisipela, herpes Zoster, accesos de asma, gastralgia, dolor de muelas, gota, Reumatismo muscular, ciática, etc.

PYRAMIDON se vende en

Tubos de 10 tabletas de 5 granos.

Frascos de 25 tabletas de 1½ granos.

Además se vende:

Elixir de PYRAMIDON, frasco de 4 onzas.

Elixir de PYRAMIDON, frasco de 12 onzas.

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 Varick Street, New York, N. Y.

Representante en Puerto Rico: Fr. SCHOMBURG,

Calle Luna 80. — Apartado 433. — Teléfono 281. — San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII.	Enero de 1931.	Núm. 184.

EDITORIAL

Ha pasado un año, el vigésimo séptimo en la corta pero gloriosa vida de la Asociación Médica de Puerto Rico, un año que perdurará en nuestra memoria y que recordaremos siempre con cariño, con orgullo. Las actividades de esta Asociación durante el año que acaba de expirar fueron múltiples. El edificio médico, nuestra casa, fué terminado por completo y las oficinas de la Asociación instaladas allí definitivamente. Los distintos comités realizaron un buen trabajo.

La Asociación cuenta ahora con una excelente biblioteca profesional, gracias al patriotismo y generosidad del Dr. I. González Martínez, quien donó su rica y extensa colección de libros-médicos, sin duda la más importante y valiosa de la Isla. por su número y calidad; y gracias también, al Dr. L. L. Biamón, y a los familiares del que fué nuestro ilustre y querido compañero el Dr. S. Giuliani, quienes contribuyeron con gran número de libros.

Estos ejemplos de altruismo merecen ser tomados en consideración por los colegas a quienes sonríe la fortuna, para que ayuden a levantar, sobre tan sólidos cimientos, un centro de cultura literaria médica digno de la Perla de las Antillas.

Durante el mes de septiembre, debido al terrible huracán que azotara a la república hermana de Quisqueya, el Departamento de Sanidad organizó y envió allá una Unidad Sanitaria a la cual se unieron, cuatro días más tarle, las distintas unidades médico-quirúrgicas organizadas por la Asociación Médica de Puerto Rico.

Las unidades trabajaron a la par, sin rivalidades de ninguna clase, cada cual pendiente de cumplir su obligación, de manera que el nombre de Puerto Rico quedase en alto. Con esta actividad la clase médica de Puerto Rico y nuestro Departamento de Sanidad demostraron de cuanto son capaces al organizar en menos de una semana la unidad médica de auxilio completa, incluyendo un hospital de emergencia de 400 camas levantado en 48 horas con equipos de rayos X y laboratorio completos. Todos los médicos que tomaron parte en estas actividades, olvidaron sus ocupaciones y clientela particular para ir allí donde se necesitaron sus servicios a cumplir el sagrado deber.

La asamblea anual de nuestra asociación se celebró con gran entusiasmo durante lo días 26, 27 y 28 de diciembre y consistió en clínicas médicas y quirúrgicas y presentación de trabajos científicos. Más de 150 médicos asistieron a la reunión científica, y pocas asambleas médicas han tenido el éxito de ésta. Muchos de los trabajos leídos harán época en la historia médica de Puerto Rico.

Durante la asamblea fueron huéspedes

de honor de la Asociación Médica dignísimos compañeros de otras tierras, entre los cuales figuran los siguientes:

Dr. Luis E. Aybar, de Santo Domingo,
Dr. Chas. N. Gratz de New York,
Dr. Jacinto Avilés de New York,
Dr. Chas Bonine de New York.

El banquete anual se celebró la noche del 28 de diciembre en el Hotel Condado. En este acto hicieron uso de la palabra el Dr. Aybar y compañeros médicos de alta significación en nuestra Asociación.

La Asociación Médica de Puerto Rico debe sentirse orgullosa de las actividades desplegadas por la directiva que, bajo la presidencia del Dr. Suárez, tuvo un año de tanto éxito y pudo entregar nuestra casa, sin otra deuda que $1,000 fáciles de pagar en el curso de este año.

La Cámara de Delegados en su reunión de diciembre 28 acordó entregar los destinos de la Asociación a una nueva directiva, compuesta de un grupo de médicos jóvenes que han sabido abrirse paso en la profesión a través de todos los obstáculos que se oponían a su marcha. Estamos seguros que esta nueva directiva, llena de entusiasmo y de los mejores deseos, también sabrá llevar la Asociación por las mismas sendas y caminos trazados por directivas anteriores y sabrá retirarse, como la precedente, con la frente alta y la satisfacción del deber cumplido.

Ha empezado un nuevo año en la vida de nuestra Asociación, la nueva directiva ha empezado su tarea con entusiasmo y sabrá conquistar para la Asociación Médica de Puerto Rico el respeto y admiración a que es acreedora la clase médica; y cuando esto no sea así lo depondrá todo y sin distinción de credos o creencias, hará con la fuerza de la razón que se respeten los derechos y tradiciones de la clase médica del país.

Algunas consideraciones sobre la Urografia por Inyección Intravenosa *

DR. I. GONZALEZ MARTINEZ. ..

Monitor de la Clínica de Vías Urinarias del Hospital Necker (París) Radiólogo de la Clínica Díaz García, (San Juan, Puerto Rico).

El examen radiológico de las "Vías Urinarias" dió un paso gigantesco hacia la precisión diagnóstica de sus dolencias propias cuando Voelcker y Lichtenberg (57), utilizando la cistoscopia y el cateterismo ureteral, lograron la visualización del tractus urinario superior mediante la inyección en la pelvis renal de soluciones opacificantes concentradas. Entonces nació la Pielografía que pronto hubo de transformarse en Urografía.

Método muy especializado al principio, se generalizó en pocos años gracias al esfuerzo combinado de un grupo de

(*) Leído en la Asamblea de la Asociación Médica de P. R. celebrada del 26 al 28 de diciembre de 1930.



Fig. 1. Caso 2o.—M. V.—Niña de ocho años.—Diagnóstico Clínico: pielonefritis crónica; síndrome éntero-renal. Urograma 15 minutos después de inyectar 20 gramos de Uroselectán, mostrando relativa dilatación de la pelvis renal derecha y embotamiento de sus cálices.



Fig 2. Caso 2o.—M. V.—Urograma 3 horas después de inyectado el Uroselectán. El bacinete y cálices del riñón izquierdo apenas perceptibles; las imágenes persisten más claras y densas en el lado derecho.

urólogos y radiólogos. El progreso realizado, sobre todo en manos de Braasch, Eisendrath, Goldstein, Young, Papin, Camerón y Grandy, Legueu (31), Dossot, es de tal naturaleza que no puede superarse.

Pero esa urografía clásica, tributaria de instrumentos, como el cistoscopio y los catéteres ureterales, de manejo delicado siempre y difícil algunas veces, que se ejecuta, lo mismo que la neumopielografía de Chauvin (10), violando las leyes fisiológicas de la excreción renal, para llenar por vía retrógada el bacinete y sus cálices, no es aplicable a todos los casos, encuentra con relativa frecuencia obstáculos infranqueables que la hacen fallar, dejando, entonces, el cirujano a merced de la incertidumbre y obligado a apoyar sus decisiones terapéuticas en la base falaz del síndrome de localización, y en los datos suministrados por la valoración global de la función renal. Tal ocurre en ciertas tuberculosis renales bilaterales cistoscópicamente inexplorables.

Era necesario escudriñar esas lagunas. Se imponía la invención de un método que, utilizando la ruta fisiológica, causara bastante opacidad de la secreción urinaria para proyectar en la película fotográfica buenas imágenes del bacinete, del ureter y de la vejiga. He ahí el *desideratum* de la *Urografía por inyección intravenosa.* Prescinde en absoluto de la instrumentación; y las estrecheces uretrales, la hipertrofia prostática, las cistitis intolerantes, las obstrucciones del ureter, sus deformaciones y anomalías no son impedimentos a considerar, como en la *Urografía retrógada.*

Entrevista desde el alborear mismo de la Pielografía, intentada en vano por varios investigadores durante los dieciocho años subsiguientes a aquel descubrimiento, la *Urografía* por *inyección intravenosa* vino a revelarse como factible el año 1923 al conocerse las experiencias de Rowntree (40) y sus colaboradores Osborne, Sutherland y Scholl, experiencias de escaso valor práctico, sinembargo, debido a la intolerancia manifiesta de las dosis considerables de ioduro de sodio requeridas para la opacificación conveniente del medio pielo-ureteral. La misma suerte corrieron las tentativas posteriores de Volkmann, de Lichtenberg y Rosenstein, de Lenarduzzi y Pecco (33), introduciendo variantes al procedimiento original de Rowntree. Fué necesario esperar a que Roseno (49) suministrara el año 1928 las pruebas decisivas de esa factibilidad, inyectando en las venas una mezcla en proporciones definidas de ioduro sódico y úrea a la que dió el nombre de *"pielognost".* Pero esta substancia, aunque capaz de producir buenas imágenes del tractus urinario, adolecía de defectos capitales que impidieron su generealización, tales como escasa tolerancia, eliminación lenta y reacciones secundarias alarmantes.

Casi al mismo tiempo que Roseno ideaba el *pielognost,* Hrynstchak (23) de Viena, y Lichtwitz, de Altona, ensayaban simultáneamente el *Selectan* neutro de Binz y Raeth. Fué entonces que Swick (53, 54), de New York, trabajando en el servicio de Lichtwitz comenzó las investigaciones que le condujeron más tarde, con la cooperación de Binz y Lichtenberg (35), a descubrir que el 5—iodo— 2 —piridin—N—acetato de sodio, bautizado después por Lichtenberg (36) con el nombre de Uroselectan, era la sustancia que mejor se adaptaba a la *Urografía por inyección intravenosa.* En efecto, aunque su escasa toxicidad da margen a inyectar sin graves consecuen-

cias hasta 3 gramos por kilo de peso corporal, la experiencia demostró, sin embargo, que bastan 40 gramos para obtener, con una buena técnica, excelentes radiografías del tractus urinario superior en un sujeto de sesenta kilos. Prácticamente inócuo el Uroselectan, es bien tolerado por adultos y niños, aún en los primeros meses de la vida; la reacción general, leve de ordinario, suele limitarse a aceleración más o menos marcada del pulso, sed y sensación de calor al rostro y periné. Localmente puede ocurrir infiltración perivenosa, de escasa importancia. Nosotros la hemos notado en dos ocasiones.

La técnica de la inyección es sencilla. Cada dosis adulta trae instrucciones detalladas del fabricante sobre la manera de preparar la solución y el mejor modo de inyectarla. No está demás, sin embargo, advertir que los 40 gramos de Uroselectan deben de disolverse en suficiente agua bidestilada para hacer un volumen total de 100 c. c.; el agua se calentará previamente a 60 grados centígrados y debe de añadirse poco a poco, agitando la mezcla sin cesar con una varilla de vidrio, a fin de acelerar la disolución de la droga; entonces se le pasa dos veces por papel de filtro ordinario, se vierte en un frasco de Erlenmeyer de 250 cc. de capacidad, se tapa el frasco con papel encerado nuevo y se esteriliza durante media hora en el baño de maría o en un esterilizador de vapor sin presión. La solución debe de prepararse pocas horas antes de inyectarla. Inyéctese después de colocar el sujeto sobre una mesa radiográfica provista de diafragma antidifusor. Utilícese el método de la geringa, teniendo a mano varias de 20 a 30 c. c. estériles. Hágase la inyección con lentitud en dos o tres fracciones, mediando un intervalo de 2 a 3 minutos entre una y otra fracción.

En cuanto a la técnica radiográfica, comenzaremos a desenvolverla 5 minutos después de terminada la inyección, colocando la banda y el balón compresores en posición tal que la compresión principal venga a ejercerse sobre ambos ilíacos; al cabo de 10 minutos de compresión obténgase la primera radiografía. Veinte minutos después, sin permitir al sujeto levantarse de la mesa, repítase la maniobra de compresión por otros 10 minutos y tómese otra radiografía. Entonces se ordenará levantar al enfermo y media hora más tarde, después de invitarle a orinar, se obtiene nueva radiografía en las mismas condiciones técnicas que las anteriores. Cuando la función se presupone hondamente perturbada conviene obtener dos o tres radiografías, a intervalos de dos a tres horas.

La posología del Uroselectan ha sido calculada por Swick, en relación con las edades de la manera siguiente: Para niños de 6 meses a 2 años, de 10 a 12 gramos; entre 2 y 4 años, 14 gramos; entre 4 y 6 años, 16 gramos; entre 6 y 9 años, 20 gramos; entre 9 y 13 años, 25 gramos; entre 13 y 16 años, 30 gramos; de 16 años en adelante, 40 gramos. Obsérvase tendencia a elevar la dosis adulta a 50 y 60 gramos (37).

El Uroselectan goza del privilegio de eliminarse en substancia por la orina. Hasta tal punto es cierto, que el producto recuperado suele ser más puro que el que se inyectó, circunstancia que ha inducido a algunos urólogos a aprovecharlo nuevamente para inyección. Durante las primeras 8 horas puede recuperarse en los sujetos normales el 95 por ciento de la cantidad inyectada. El ritmo de excreción es tal, que se presta a trazar



Fig 3.—Caso 3o.—T. M. Señora de 30 años. Peso 120 libras.—Diagnóstico Clínico: neoplasia del cuadrante superior izquierdo.—Urograma 45 minutos después de la inyección de 40 gramos de Uroselectán. Deformación de la pelvis y cálices renales, típica de tumores del riñón.



Fig 4.—Caso 4o.—Doctor **E. G. M.** Sujeto de 30 años con un peso de 158 libras.—Diagnóstico Clínico: Urodopatía por obstrucción mecánica a nivel del cuello vesical. Urograma 15 minutos después de inyectar 40 gramos de Uroselectán: demuestra con claridad la imagen de ambos riñones; las sombras del bacinete y del ureter son completas y definidas en el lado derecho, incompletas y borrosas en el izquierdo. Se nota la dilatación del segmento intramural del ureter. La silueta de la vejiga es clara.

gráficas utilizables para el cálculo aproximado de la función renal; cuando esta es buena deben de excretarse las tres quintas partes o sea el 60 por ciento en las dos primeras horas.

Quizás por este motivo de eliminarse en substancia el Uroselectan, es que, apesar de las fuertes dosis de iodo que con él se introducen en la sangre, su administración no produce iodismo.

El valor de la función renal no puede calcularse por la densidad de los uréteropielogramas, porque un riñón de función normal es capaz de excretar el Uroselectan con tal rapidez que, sin dar lugar a la proyección de buenas imágenes del bacinete y del ureter, produzca, en cambio excelentes cistogramas, mientras, que otro riñón francamente comprometido, con ritmo eliminatorio subnormal, puede, por estorbos a la excreción dependientes de estenosis u obstrucciones calculosas del ureter, determinar remansos de orina opaca por encima de los obstáculos y originar, en consecuencia, urétero-pielografías de superior calidad.

En términos generales hemos de aceptar, sin embargo, que la densidad de las sombras aparecerá en proporción directa de la eliminación renal y en razón inversa de la permeabilidad de las vías de excreción. Pero, admitiendo que la Urografía por inyección intravenosa es un método fisiológico, que en nada perturba el dinamismo del aparato pielo-ureteral, es lógico suponer que los segmentos de las vías excretoras animados por el sístole, y por tanto vacíos o casi vacíos en el momento de impresionar la película, no podrán destacar imágenes claras, mientras que los segmentos en diástole o sea los repletos habrán de proyectarlas seguramente. Téngase en cuenta, además, que la concentración urinaria del Uroselectan no excede, en los casos favorables, del 5 por 100, mientras que para la pielografía clásica se emplean soluciones de ioduro al 15%, 20% y 25%. Por estos motivos no debemos esperar de la *Urografía por inyección intravenosa* sombras del bacinete y del ureter tan densas y tan completas como las que se obtienen con los procedimientos de la *Urografía retrógada.*

Sería ridículo pretender que la *Urografía por inyección intravenosa* venga a reemplazar en todos los casos a la Urografía retrógada, porque ésta cuenta con indicaciones especiales cerradas a toda substitución; pero es innegable que la aventaja en algunas ocasiones y que, además, resulta de aplicación sencilla e inocua allí donde el cateterismo ureteral es difícil, imposible o peligroso. El único inconveniente reside en la mayor dificultad para la lectura correcta de las radiografías, pero este inconveniente habrá de salvarse a medida que se gane experiencia con el método.

Hasta el advenimiento del *pielognost* y del *Uroselectan*, el examen urográfico *era imposible* en los casos de ureter ciego, de abocamiento e implantación extravesical del orificio inferior, de estenosis infranqueables, de obstrucciones calculosas, de fístulas ureterales y de cistitis intolerantes; era de *ejecución difícil* en la hipertrofia prostática, en las cistitis rebeldes, en la trabeculación con diverticulosis múltiple de la vejiga, en las bifurcaciones del ureter, en las neoplasias vesicales, en la litiasis reno-ureteral, en los niños y en los sujetos miedosos. Por último *era peligroso* en la tuberculosis renal y en los infectados urinarios febriciantes.

De ahí derivan las indicaciones fundamentales de la Urografía intravenosa. En

las circunstancias que acabamos de mencionar, ella contribuirá a resolver el problema diagnóstico, sencillamente, sin inconvenientes ni peligros para el enfermo.

Las únicas contraindicaciones formales del procedimiento son las cardiopatías graves y la insuficiencia renal acentuada; motivos que inducen a recomendar, en todo caso, la prueba funcional de los riñones o, cuando menos, la investigación de la tasa de urea sanguínea, como paso preliminar del examen. Además, si la función renal es pobre o existen pruebas de la supuración bilateral del parénquima, no obtendremos imágenes de valor diagnóstico positivo y la exploración sera, por ende, supérflua.

Es en tales casos, así como también en los tumores del riñón y lesiones del uréter que la *Urografía retrogada* se impone como método preferente.

Dijimos que la interpretación de uréteropielogramas al Uroselectan era un tanto difícil. Ahora añadiremos que requiere esmerada prudencia para no cometer errores de bulto, tomando como expresiones patológicas ciertos aspectos del bacinete y del ureter que no acostumbrábamos a observar con la pielografía ordinaria, pero que son enteramente normales. No debemos olvidar que se trata de un proceder fisiológico completamente subordinado al desempeño de la función renal y al dinamismo del aparato pielo ureteral, factores que apenas intervienen en el modelado de las silnetas propias de la *Urografía retrógada*. Por este motivo no registra habitualmente la sombra completa del ureter a menos que impidamos su evacuación a nivel del segmento inferior. Por la misma causa observaremos con frecuencia cambios de posición y dobleces enteramente normales que no deben confundirse con los dobleces patológicos.

Si apreciamos, pues, en su justa medida el carácter fisiológico de esta exploración y recordamos que la inyección intravenosa de Uroselectan constituye en primer término una prueba funcional, nos colocaremos en condiciones de evitar el peligro de interpretaciones erróneas, porque, como muy bien dice Pasteau, la droga puede emplearse con dos fines: o para conocer el valor de la secreción renal o para investigar cómo el bacinete y el ureter excretan dicha secreción.

Con tales ideas por norma vamos a condensar en las siguientes conclusiones los usos y ventajas de la *Urografía por inyección intravenosa de Uroselectan*:

1.—Excelente método gráfico para el estudio de la morfología y dinamismo del tractus urinario, es además principalmente un procedimiento de investigación de la capacidad funcional de los riñones.

2.—La dosificación exacta del Uroselectan excretado por la orina durante las ocho horas subsiguientes a la inyección, especialmente en el período de las dos primeras horas, la búsqueda del iodo en la sangre después de la cuarta hora y las fluctuaciones de la densidad mientras dura la excreción, son, además del control radiográfico, los datos en que habrá de apoyarse la valoración del funcionalismo renal.

3.—Cuando se obtiene en plazo normal una imagen radiográfica clara del bacinete y sus cálices, puede afirmarse que la función es buena. Sí, por el contrario, se retarda, será decididamente mala.

4.—Las imágenes serán precoces, desaparecerán más pronto y se destacarán más claras, regulares y uniformes en el lado sano, mientras que vendrán con re-



Fig 5.—El mismo caso 4o.—Urograma 45 minutos después de la inyección.—Más clara, aunque todavía incompleta, la imagen del bacinete y ureter izquierdos.



Fig 6.—El mismo caso 4o.—Urograma 90 minutos después de la inyección.

tardo, desaparecerán postreras y serán desiguales en el lado enfermo.

5.—En el éstasis de causa mecánica, sin embargo, las imágenes tardías son las más densas; y a ello se debe el que las radiografías tomadas seis u ocho horas después de la inyección sean, en tales casos, de mayor utilidad diagnóstica que las precoces; justamente lo contrario de lo que ocurre en sujetos normales.

6.—La *Urografía intravenosa* suele dar información satisfactoria en el 75 por ciento de los casos examinados. Cuando las lesiones son unilaterales facilita su localización; y cuando bilaterales, nos enseña cuál es el lado peor.

7.—Permite, además, estudiar la tonicidad del bacinete y del uréter, ora sin preparación alguna o ya estimulándolos con inyección intramuscular de pituitrina.

8.—Las imágenes pielo-ureterales que crea no tienen por lo general, la densidad ni la definición de contornos que exhiben las obtenidas con el método retrógrado.

9.—*La Urografía intravenosa* supera a la pielografía clásica cuando han de aplicarse al diagnóstico de la tuberculosis renal avanzada o al estudio de lesiones o trastornos consecutivos a obstrucciones o anomalías de las vías de excreción.

10.—Le es, en cambio, manifiestamente inferior para el diagnóstico de los tumores renales y de algunas lesiones del uréter.

11.—Como procedimiento cistográfico resulta ideal, no sólo porque suprime la instrumentación y evita las reacciones locales, sino principalmente porque crea imágenes fisiológicas de la vejiga con alta densidad y netos contornos.

12.—*La Urografía por inyección intravenosa de Uroselectan* encuentra sus principales indicaciones en la litiasis reno-ureteral, la tuberculosis renal, las fístulas y anomalías del uréter, las complicaciones renales de las neoplasias prostáticas y vesicales, las nefropatias quirúrgicas complicadas de cistitis intolerante y el examen urográfico de niños y sujetos altamente impresionables.

13.—Por último, sus contraindicaciones formales son la insuficiencia renal acentuada, las cordiopatias graves, la tuberculosis pulmonar aguda, la insuficiencia hepática y el hipertiroidismo.

Las radiografías que ilustran este trabajo se seleccionaron entre las procedentes de enfermos del aparato urinario y de algunos sujetos normales recluídos en la Clínica Díaz García.

El primer pielograma al Uroselectan lo obtuvimos en julio de 1930 examinando una enfermera que rehusó abiertamente la cistoscopia. Era una joven robusta con peso de 150 libras en quien se sospechó liatiasis renal. La radiografía directa había sido negativa. Los urogramas también lo fueron.

El segundo caso, examinado el 6 de agosto, fué una niña de ocho años afecta de pielonefritis crónica y síndrome éntero-renal de Heitz-Boyer. Los uréteropielogramos demostraron aumento relativo de la capacidad del bacinete derecho y embotamiento de su cáliz inferior. Además la imagen de este lado desapareció mucho después que la del izquierdo. fig. I y II.

El tercer caso se refiere a una mujer con neoplasia del riñón izquierdo, que hasta hoy ha respetado el parénquima. En la radiografía salta a la vista la deformación típica del bacinete con sus cá-

lices, contrastando con el aspecto normal del lado derecho. fig. III.

El cuarto es por demás interesante. Corresponde a un colega presente en esta asamblea, en quien la cistografía practicada por los Dres. Ferrer y Ruiz Cestero había demostrado reflujo ureteral y dilatación parcial del ureter izquierdo en su segmento intramural. La Urografía intravenosa, ejecutada por nosotros, no sólo confirma el hallazgo de los distinguidos colegas, sino que además revela cierto compromiso funcional del riñón izquierdo. En efecto; las sombras de su bacinete y cálices no aparecieron hasta los 45 minutos, mientras que del lado opuesto ya eran claramente visibles a los 15 minutos. Por otra parte el contorno de la silueta de los cálices es impreciso. Sin embargo 6 horas después de la inyección las sombras habían desaparecido. A fin de completar el diagnóstico era necesario cistoscopar el enfermo y aprovechamos esa oportunidad para someter el caso al control de la urétero-pielografía retrógrada. Descubrimos hipertrofia del trígono, trabeculación vesical y un semillero de pequeñas células rodeando el meato ureteral izquierdo, todo ello consecutivo a una obstrucción parcial del cuello de la vejiga, producida, según Young que operó el caso, por un pequeño quiste glandular de la próstata. La pieloscopia, según el método de Legueu, Fey y Truchot, demostró que la pelvis renal izquierda tenía 12 cc. de capacidad. Se obtuvieron dos pielogramas antes de retirar el catéter, otro inmediatamente después de retirarlo y el último 12 minutos después; las imágenes del bacinete se ofrecieron con aspecto normal, las del uréter demostaron la dilatación del segmento intramural. La radiografía que se obtuvo a los 12 minutos de haber retirado el catéter denuncia un trastorno de evacuación por hipotonía del aparato pielo-ureteral. (Figs. IV, V, VI, VII, VIII, IX y X).

Desde el punto de vista fisiológico la Urografía intravenosa expone, en este caso, con más exactitud, el tantum de perturbación funcional. Desde el punto de vista anatómico la pielografía clásica no mejora la información de aquella.

El quinto y último caso se refiere a un sujeto de 160 libras, víctima de crisis dolorosas atípicas del cuadrante superior derecho del abdomen con penosa repercusión lumbar y descargas fosfáticas en la orina. La Urografía intravenosa produce urétero-pielogramas normales La colecistografía intravenosa descubre una colecistitis calculosa. El Dr. Díaz García, que operó el caso, extrajo un voluminoso cálculo empotrado en el cuello de la vesícula biliar. fig. XI.

BIBLIOGRAFIA

1—**Becléré, H., Porcher, P., et Henry, Robert** Premiers resultats de la méthode de Lichtenberg (pyélo-urétero-cystographie par injection intraveineuse). Bull. et mem. de la Soc. de Rad. Med. de France; febr. 1930; pag. 79.

2—**Bedrna, Jan et Simon, Josef**—De la valeur de la pneumo-pyélographie dans le diagnostic des tumeurs du bassinet.—Journal d' Urologie; mai 1929; pág. 392.

3—**Belot. G., Pasteau, O.—De l'état actuel des** explorations radiologiques pour le diagnostic des affections rénales. Journal de Radiologie; mars 1929; pag. 129.

4—**Bergerhoff, W.**—Intravenous Injection of Contrast Med. for Pyelography; significance of this Method for Internal Medicine.—Med. Klin. febr. 1930.—Abstr. from Journal Am. Med. Assn. April 1930.

5—**Berry. N. E.**—Pyelography following Intra-



Fig. 7.—El mismo caso 4o.—Urograma 6 horas después de la inyección.—Han desaparecido las sombras del bacinete y del úreter en ambos lados. Imagen bien intensa y regular de la vejiga.



Fig 8.—El mismo caso 4o.—Urétero-pielograma por vía retrograda, con el catéter in situ;; la pelvis y cálices son de aspecto normal; visible la dilatación del segmento intramural.

venous Injections.—Can. Med. Assn. Journal. April 30, 1930. pag. 546.

6—**Bowman, W. and Lowell S. G.**—Roentgen Findings in Some obscure Kidney Lesions Radiology; March 1929; pag. 188.

7—**Braasch, W. F.**—Roentgenologic Diagnosis of Ureteral Stricture.—Radiology. March 1929; pag. 183.

8—**Braasch W. F.**—Intravenous Urography. Editorial Surg., Gyn. and Obst.; Sept. 1930; pag. 421.

9—**Bumpus, A. C. and Thompson, G. Y.**—Diagnosis of Ureteral Kinks after Intravenous Medication.—Radiology. Oct. 1930; pag. 505.

10—**Chauvin, Empéraire et Esmenard.** — La Pneumo-pyélographie.—Arch. des malad des reins et des org. génito-urinaires—No. 5, 1930.

11—**Chauvin, E., et Emperaire. R.**—Sur la technique de la pneumo-pyélographie.—Journal de Radiologie No. 6.—June 1930; pag. 344.

12—**Chevasu, Maurice.** — L'Urétéro-pyélographic rétrograde et la pyéloscopie a l'urosélectan. —Comunication a la Soc. franc. d'Urologie, séance du 19 mai 1930.—Journal d' Urologie, June 1930; pag. 614.

13—**Colaneri, L. J.**—Pyelographie et Urographie par Urosélectan. Comparaison entre les deux méthodes. Bull, et mem. de la Soc. de Rad. Med. de France. No. 171.; Juill 1930; pag. 312.

14—**Constantinesco, N. N. et Picarda, A.**— La pyélographie intraveineuse avec Urosélectan Journal d'Urologie.—Paris—Oct. 1930; pag. 330.

15—**Darget, R. et Labat. P.**—La pneumo-pyélographie, avec le manométre de Pachon.— Com. a la Soc. fr. d'Urologie Journal d' Urologie Aout 1930; pag. 206.

16—**Delsace, J., Gory, M. et Nemours, A.**—Essai sur la visibilité radiographique du rein.— C. R. Acad. des Sciences. 27 janvier 1930.

17—**Gerhard, Gabriel.**—Experimentelle Untersuchungen über die intraveinose pyelographie bei pathologischen züstanden der Niere— Acta Radiológica. Stockholm, 1930; fasc. V; pag. 00.

18—**Gonzalo Pedroso, Chappotin, Sanchez y Embil.**—Urografía intravenosa.—Anales de Cirugía.—Habana 1930.—Extr. de Radiology. Dec. 1930.

19—**Haret, Constantinesco et Picarda.**—A propós de quelques pyélographies par l'Urosélectan —Bull. et mem. de la Soc. de Rad. Med. de France; Juill. 1930—pag. 309—Paris.

20—**Heritage, K. and Ogier Ward.**—Excretion Urography: A preliminary Note on a New Methode of Radiological Demonstration of the Urinary Tract.—Brit. Med. Jour. April 19, 1930; pag. 734. Abstr. in Radiology. Aug. 1930; pag. 327.

21—**Heritage K.**—Intravenous Pyelography as a test of renal function.—The Lancet, July 19. 1930.

22—**Hirsch, I. Seth.**—Urography by Uroselectan Radiology. Oct. 1930; pag. 480.

23—**Hrynstschak, Th.**—Studies on roentgenography of the renal parenchyma and pelvis by intravenous methods.—Zeitsch. f. Urol. 1929; pag. 893. Abst. in the Am. Journal of Roent. June 1930; pag. 687.

24—**Hyman, Abraham.**—Intravenous Urography in the Diagnosis of Urological Diseases in Childhood.—Surg. Gyn and Obstet.; sept. 1930; pag. 409.

25—**Jungano** — Nefrectomie pour tuberculose. Pyelo-cystographie du rein sain par injection intraveineuse d' Urosélectan et injection diodure par voie ascendent.—Recueil de faits.—Journ. d' Urologie Oct. 1930; pag. 385.

26—**Jaches, Leopold.** — Intravenous Urography (Swick Method).—The Journ. A. M. A. Nov. 8, 1930; pag. 1409.

27—**Kidd, Frank.** — Intravenous Pyelography.— The Lancet, July 19, 1930; pag. 128.

28—**Kielleuthner (Munich)**—Ueber eine neue aussichtsreiche Untersuchungsmethode au den Harnorganen (Uroselektan). — Münch. med. Woch., febr. 1930.—Abstr. in Journal de Radiologie, Oct. 1930; pag. 539.

29—**Kretschmer, A. L.**—Intravenous Urography. —Surg. Gyn. and Obst. Sept. 1930; pag. 404.

30—**Lamarque et Betoulieres.**— Presentation de quelques radiographies de l' appareil Urinaire obtenus apres injection d'Urosélectan. —Bull et mem. de la Soc. de Rad. de France; June 1930; pag. 284.

31—**Legueu, Fey et Truchot.** — La Pyeloscopie. Paris 1927.

32—**Legueu, Fey et Truchot.**—Pyélographie par la voie intraveineuse d' Uroselectan.—Soc. fr. d' Urologie; 15 dec. 1929.

33—**Lenarduzzi, G e Pecco, R.**—Iniezioni endovenose di ioduro de sodio (ricerche rad. sperim.)—Arch. ital. di rad., 1927; pag. 1055.

34—**Lepoutre.**—L'exploration des voies urinaires par l' uroselectan.—Paris Medical. T XX; pag. 360; 18 Oct. 1930.

35—**Lichtenberg, von A. and Swick, M.**—Klinische Prüfung des Uroselectans.—Klin. Wochensch. Nov. 5 1929. Abstr. in Am. Journ. of Roent., June 1930; pag. 687.

36—**Lichtenberg, von A.**—Intravenous Pyelography.—Radiology. Dec. 1930; pag. 664.

37—**Lubash, S.**—Intravenous Urography. Better visualization with compression.—Am. Journ. of Surg. June 1930.

38—**Marion G et Constantinesco.**—A propos des pyelographies apres injection intraveineuse d' uroselectan Presentation a la Soc. d'Urologie, séance du 19 mai 1930.—Journal d'Urologie, June 1930; pag. 614.

39—**Novack, M.**—Osservazioni cliniche e funzionali au 6 casi sottoposti a pielografia endovenosa coll' uroselectan.—Il Policlinioc; dec. 19.

40—**Osborne, E. D., Sutherland, C. G., Scholl, A. J. and Rowntree, L. G.**—Roentgenography of Urinari tract during excretion of sodium iodide.—Journ. A. M. Assn., 1923; pag. 368.

41—**Pasteur Vallery Rodot, Nemous A., Dalsace, J. et Derot, Maurice.**—Nouveau procédé d' exploration radiologique et fonctionel des voies urinaires.—Bull et mem. de la Soc. de Rad. Med. de France, 1930; pag. 118.

42—**Pasteur Vallery Rodot, Dalsace J., Nemours A., et Derot, Maurice.**—Nouveau procédé d' exploration radiologique des voies urinaires. Presse Medicale, 19 mars 1930.

43—**Potter, R. P. and Sexton W. G.**—Anomalies of the Ureters and the Kidney Pelves.—Radiology, March 1929 pag. 199.

44—**Ravasini, C.—La pielografía endovenosa.**—Arch. ital. di urologica.—5 Jun. 1929.

45—**Ravasini, C.**—La pielografía endovenosa coll' uroselectan. Il Policlinico; du 1930.

46—**Ravasini e Gortan.**—Il quadro radiográfico delle vie urinarie mediante l'iniezione endovenosa coll' uroselectan. Rad. Med. 1930; pag. 327.

47—**Reimann, F.**—The Action of Pituitrin on the Kidney Pelvis Demonstrated by Uroselectan —Med. Klin. June 1930; XXVI-960; abstr. in Radiology, Dec. 1930.

48—**Rom. E. et F. de**—La Cysto-urétéro-pyélographie aprés injection intraveineuse d'uroselectan. Journ. Belge d' Urologie 1930.

49—**Roseno A. et Jepkens H.**—La pielografía intravenosa. Primera comunicación; resultado de las experiencias en animales. Fortsch. a. d. G. d. Roentgenstr.—Mayo 1929. Extracto del Journal de Radiologie, enero 1930, Paris, pag. 73.

50—**Roseno, A.—Die intravenose pyelographic.**—Klin. Woch. Jun. 18, 1929.—Abst. in Am. Journ. Roent. June 1930; pag. 685.

51—**Roseno A.—Die intravenose pyelographie.**—Klin. Woch. Aug. 27, 1929.—Abstr. in Am. Journ. Roentg. June 1930; pag. 686.

52—**Roth, E. J. H. and Wright, H. W. S.**—Intravenous Pyelography. — Brit. Med. Journ. April 1930.

53—**Swick, Moses.**—Intravenous Urography by means of Uroselectan.—Am. Journ. of Surg. Feb. 1930; pag. 405.

54—**Swick, Moses.** — Intravenous Urography by means of the sodium salt of 5-iodo-2-Pyridon-N-Acetic Acid. The Journ. A. M. A. Nov. 8, 1930; pag. 1403.

55—**Teposu E. and St. Jianu.**—Pyelografia intravenoasa.—Cluj. Med. May 1930.—Abstr. in Am. Journal Roentg. Nov. 1930.

56—**Truchot.** — Presentation de quelques radiographies du systéme urinaire obtenus apres injection intraveineuse d' Uroselectan.—Bull et mem. de la Soc. de Rad. Med. de France. April 1930.

57—**Voelker, F. und Lichtenberg, A.**—Pyelographie.—Münch Med. Wochensch. 1906, pag. 105.

58—**Westerlain, A.** — Presentation de radiographies réno-urétérales a l'urosélectan. Journ. Belge d' Urologie. 1930.

59—**Ziegler J. and Kohler, H.**—Peroral Pyelography.—Med. Klim. Jan. 1930.—Abstr. in Radiologie June 1930; pag. 615.



Fig 9.—El mismo caso 4o.—Urétero pielograma después de retirado el catéter. Aspecto normal de la pelvis renal. Visib.e la dilatación del ureter.



Fig. 10.—El mismo caso 4o.—Urétero pielograma 12 minutos después de retirado el catéter; el bacinete y todo el ureter aún claramente perceptibles, hecho que demuestra su hipotonía y el trastorno de la evacuación.



Fig 11.—Caso 5o.—J. M. G. Sujeto de 42 años. Peso 160 libras.—Diagnóstico Clínico: Colecistitis calculosa. El urograma es normal en ambos lados.

La Inyección Intra-Raquidea de Cafeina en los accidentes graves de la Raquianestesia.

DR. LUIS E AYBAR (*)

Desde hace muchos años es empleada la cafeína en inyección subcutánea para combatir los pequeños incidentes que a menudo sobrevienen en el curso de la raquianestesia, como son las náuseas, vómitos, lipotimia, etc. Fueron Bloch y Hertz los primeros que propusieron en el 1920 la inyección intraraquidea de cafeína para combatir los accidentes graves de la raqui.

En nuestro artículo sobre raquianestesia, publicado por primera vez en la Revista Médica de Hamburgo y que reproducimos hoy en el presente folleto, hicimos referencia a dos casos de accidentes bulbares graves consecutivos a la raquianestesia y felizmente conjurados con la inyección intraraquídea de cafeína.

Se trataba en el primer caso de un hombre de más de 50 años a quien íbamos a practicar la cura radical de una voluminosa hernia inguinoescrotal. La punción del raqui, el paciente sentado, fué practicada entre la cuarta y quinta vértebras lumbares. Se dejaron escapar algunos centímetros cúbicos de líquido céfaloraquídeo e inyectamos lentamente y con muy ligeros barbotajes, 10 centígramos de novocaína en solución al 8%. Pocos momentos después el paciente presentaba todos los signos de un síncope cardiobulbar grave: pérdida de conocimiento; gran palidez del rostro; piel fría cubierta de abundante sudor; respiración superficial; pulso frecuente y lento. La situación era pues, alarmante. Sin pérdida de tiempo, el enfermo acostado, hicimos una nueva punción lumbar e inyectamos rápidamente 20 centígramos de cafeína. En pocos minutos la situación cambió favorablemente: el pulso se hizo más lleno; la respiración más amplia, el sudor menos copioso y el enfermo no tardó en recobrar el conocimiento, no conservando el menor recuerdo de cuanto había ocurrido. La operación pudo llevarse a cabo sin que en el curso de ella se presentaran nuevos incidentes. El período postoperatorio transcurrió normalmente.

El otro caso referido es el de una señora de 46 años de edad a quien íbamos a operar de una voluminosa hernia umbilical. La punción se hizo entre la 3a y 4ta. vértebras lumbares. Inyectamos 10 centígramos de novocaína al 8%, terminando la inyección con un fuerte golpe de pistón, cuando en la jeringuilla sólo quedaba 1|2 cc. de la solución anestésica. Casi inmediatamente, sentado aún el paciente, aparecieron síntomas alarmantes de asfixia: la enferma presa de una gran angustia decía que no "alcanzaba aire": los ojos parecían salir de sus órbitas; labios intensamente cianosados y toda la piel cubierta de un abundante sudor frío. Inmediatamente se puso una inyección de un gramo de alcanfor; pero lo que conjuró aquella gravísima situación fué una inyección intraraquidea de 20 centígramos de cafeína. Sus favorables efectos no se hicieron esperar y todos tuvimos la impresión de que esta medicación había evitado una desenlace fatal.

(*) Leído en la Asamblea anual.—Dic. 27/30.

El tercer caso es aún, si posible, más demostrativo de los heróicos efectos que sobre los accidentes graves de la raqui ejerce la inyección intraraquídea de cafeína.

Se trata de un enfermo de 68 años de edad a quien habíamos practicado una prostatectomía transvesical.

La operación había sido hecha en dos tiempos. Para la cistostomia preparatoria, realizada desde hacía algunas semanas, se utilizó la raquianestesia sin el menor inconveniente. En ella empleamos 8 centg. de novocaína. Para la prostatectomía sólo se emplearon 7 centg. Punción entre la 4a. y 5ta. lumbar; inyección lenta, sin barbotaje. La operación se hizo con bastante rapidez y sin que durante ella el paciente diese signos de ningun trastorno que hiciera presumir el drama que momentos después iba a desarrollarse. En efecto, inmediatamente después de terminada la intervención; concluídos los últimos detalles del drenaje vesical y del apósito, se presentaron todos los síntomas de un síncope cardiobulbar gravísimo. Los latidos del corazón se hicieron imperceptibles a la auscultación. En la radial y en las carótidas estaban ausentes las pulsaciones. El enfermo no respiraba. Pupilas muy dilatadas. Las inyecciones estimulantes empleadas habitualmente (cafeína, alcanfor, lobelina, estricnina), no modificaron en nada aquella alarmante situación. La respiración artificial tampoco dió ningún resultado. Decidimos entonces hacer una inyección intracardíaca de adrenalina; clavamos una de las agujas de punción lumbar en el cuarto espacio intercostal izquierdo, cerca del borde esternal e inyectamos por ella uno y enseguida otro cc. de la solución de adrenalina. Ni antes ni después de las inyecciones intracardíacas eran perceptibles los movimientos de la aguja. Había pues sobrados motivos para pensar que la causa estaba perdida, ya que ni el corazón ni la respiración daban visibles indicios de mejoría. En este estado las cosas, nos decidimos a practicar una inyección intraraquídea de cafeína. Puncionamos uno de los últimos espacios dorsales; tan pronto se escapan algunas gotas de líquido céfaloraquídeo, inyectamos con cierta violencia 20 centígramos de cafeína. Apenas había transcurrido un minuto cuando el paciente dió indicios de alguna reacción. Algunos latidos muy lentos y muy sordos del corazón y una respiración superficialísima, interrumpida por largas pausas, fueron los primeros signos de lo que muy bien podría llamarse, sin exageración, una verdadera resurrección. Tal había sido la magnitud del accidente. La normalidad de las funciones se iba restableciendo muy lentamente. El psiquismo del paciente había sufrido honda perturbación y fueron las funciones mentales las últimas en recobrar su equilibrio: durante todo aquel día el enfermo estuvo bajo la influencia de una intensa excitación cerebral, hablando sin cesar cosas incoherentes, debido todo esto, sin duda, a los acentuados trastornos que había sufrido la circulación encefálica. El corazón también tardó más de 24 horas en recobrar su normalidad: el pulso era intermitente y a ratos irregular.

En resumen, la impresión neta de cuantos tomaron parte en esta operación, fué que la inyección intraraquídea de cafeína produjo una verdadera reanimación en un paciente cuyas funciones vitales esenciales no ofrecían ninguna manifestación dinámica perceptible, a tal punto, que hubo un instante en que se

pensó que la muerte había realizado su obra.

La cafeína intraraquídea fué primeramente propuesta como medicación preventiva de los accidentes bulbares de la raquianestesia. Jonesco fué uno de los primeros promotores del método; pero su uso en esta forma se abandonó bien pronto, habiéndose reconocido que tenía más inconvenientes que ventajas.

Fueron Bloch y Hertz los primeros que la propusieron en el año 1921 para combatir los accidentes declarados de la raqui. La primera observación publicada por Bloch se refiere a un enfermo operado por el profesor Gosset en su servicio de la Salpetriére el 13 de Diciembre de 1920. Se trataba de un caso de úlcera del píloro transformada. Punción lumbar baja; se extraen 22 cc. de líquido céfaloraquídeo y se inyectan 15 centígramos de sincaína. Previamente se habían inyectado 12 centígramos de cafeína por vía subcutánea. Abierto el vientre se encuentra un enorme tumor de la pequeña curvadura invadiendo todo el píloro. La intervención consistió en una gastro-éntero-anastomosis posterior transmesocólica. Duración de la operación, 25 minutos. A su salida de la sala de operaciones el enfermo presenta accidentes sincopales graves: respiración muy superficial e intermitente; pulso imperceptible; midriasis; palidez; inconsciencia completa. Se practican inyecciones hipodérmicas de cafeína, éter, esparteína, aceite alcanforado, sin resultado. Se coloca entonces el paciente en decubitus lateral, se hace una punción lumbar y se inyectan 12 centígramos de cafeína. Se coloca el paciente boca arriba con la cabeza un poco baja. Siete segundos después el pulso comienza bruscamente a latir con fuerza; la respiración es amplia y profunda y el paciente habla. El período postoperatorio transcurrió sin incidentes.

Ultimamente (Enero de 1929) publicó Bloch una nueva observación que tiene notable semejanza con la tercera observación referida por nosotros. Lo mismo que en esta se empleó primeramente la inyección intracardíaca de adrenalina sin resultado.

Se trataba de una enferma de 68 años que pedía ser operada de un cáncer ulcerado del seno, adherente a la pared torácica. A causa de un enfisema con bronquitis crónica y repercusión cardíaca se consideró contraindicada la anestesia general. La anestesia local hubiera sido difícil a causa de las adherencias torácicas y del estado mental de la enferma. Se adoptó la anestesia raquídea como una necesidad.

La operación fué practicada el 28 de Noviembre de 1928. (La nuestra fué practicada el 5 de julio de 1927). Punción cervicodorsal, paciente sentado, cabeza en flexión; inyección de 5 centígramos de surocaína al 8% y 25 centígramos de cafeína, sin barbotaje. Dos minutos después se acuesta el paciente. Se nota enseguida un poco de palidez. A poco la respiración disminuye en frecuencia y en amplitud y luego se paraliza; 5 minutos más o menos después de la punción. No se percibe el pulso. En presencia de la inminencia de un desenlace fatal, se hace inmediatamente una inyección intracardíaca de adrenalina; tanto antes como después de la inyección la aguja presenta solamente muy débiles ondulaciones. Nueva inyección de adrenalina 30 segundos después sin obtener ninguna mejoría. También sin ningún resultado se ensayó la respiración artificial durante dos o tres minutos. A la auscultación

del corazón no se oye nada. En presencia de esta situación, Bloch hace una nueva punción cervicodorsal e inyecta 50 centígramos de cafeína. Inmediatamente se produce una gran inspiración expontánea y el pulso aparece amplio y fuerte. La enferma respira bien y habla de manera un poco incoherente. Bloch practica rápidamente la amputación del seno. Durante todo el tiempo de la operación la enferma habla sin cesar y se muestra muy agitada.

Dos o tres horas después la situación se normaliza, y el peligro postoperatorio transcurre sin incidente.

Bloch termina su observación diciendo: "No tenemos conocimiento de ningún otro caso en el cual se hubiesen empleado para combatir el mismo síncope los dos medios heróicos preconizados contra los accidentes anestésicos".

La inyección intraraquídea de cafeína parece deber su eficacia a una neutralización in situ de la intoxicación bulbar. En todo caso, nuestra observación y la observación de Bloch prueban que merece ser utilizada aún después de emplear sin resultado la inyección intracardíaca de adrenalina.

Aplicación de la prueba de Mantoux. Su importancia como indicación de Infección Tuberculosa. *

POR EL DR. J. RODRIGUEZ PASTOR.

El Dr. J. Arthur Myers, de la Universidad de Minnesota, en su magnífico libro "Tuberculosis Among Children", que acaba de ser publicado por la casa de Charles C. Thomas, nos dice lo siguiente, con respecto a la importancia de la prueba cutánea de tuberculina en el diagnóstico de la tuberculosis:

1—La prueba de tuberculina, aplicada a todos los niños de una comunidad, es el medio más eficaz de estudiar el problema de la tuberculosis.

2—La prueba cutánea es de gran importancia en el diagnóstico de la tuberculosis infantil.

3—Ningún examen de un niño es completo si no se ha hecho la prueba cutánea de la tuberculina.

4—El examen de miles de niños en distintas partes de Norte América, ha demostrado que los dos factores más importantes en el diagnóstico de la tuberculosis infantil son:

Primero, una prueba cutánea de tuberculina positiva.

Segundo, cambios radiográficos en el parénquima del pulmón o en las regiones de los nódulos linfáticos traqueo-bronquiales.

5—La prueba cutánea de tuberculina es enteramente inofensiva aún para los infantes de pocos meses .

6—Una prueba cutánea de tuberculina negativa, después de haberse administrado un milígramo de tuberculina, es la evidencia más fuerte que puede obtenerse contra la existencia de una infección tuberculosa (the strongest evidence obtainable against the existence of tuberculous infection.)

Hay varios modos de hacer la prueba de tuberculina. De todos, el que más bo-

(*) Leído en la Asamblea de la Asociación Médica de P. R.—Diciembre 26-28, 1930.

ga alcanzó fué el método ideado por Von Pirquet en 1907, que consiste en la inoculación de una pequeña cantidad de tuberculina en el antebrazo, mediante una escarificación de la epidermis. Este método, que durante más de veinte años se usó universalmente, ha sido, de dos o tres años a esta parte, reemplazado casi por completo por el método intradérmico o prueba de Mantoux, por ser este último método mucho más eficaz. Dice a este respecto Charles Hendee Smith, en su artículo "Tuberculous Skin Reactions", citado en el No. 7, Vol. III de "Tuberculosis Abstracts": "Because of the simplicity of the technique, the Pirquet test has gained popularity and has been used in many countries as a routine procedure. But it has distinct disadvantages. If the scratch is too deep, the subsequent swelling may, to an untrained observer, resemble a positive reaction. A greater disadvantage is the uncertainty of the test because the tuberculin may not be kept in contact with the cells of the deeper layer of he skin long enough to excite the specific response. Many children fail to react on the first test, yet show a positive reaction when retested a few days later. This is not due to the raising of the sensitivity by the first test, for if two tests are made at the same time, one may fail while he other reacts sharply".

"The unreliability of the Pirquet test, became manifest to those in the Children's Medical Division at Belleuve Hospital about ten years ago. The Mantoux reaction was adopted in the hope of finding a more accurate test. Inmediately, it was found that many patients reacted definitely to the Mantoux test and failed to react to the Pirquet, although two of the latter test were always done. This difference persised year after year and at about the same rate; i. e., the Mantoux test giving about twice as many positive reacitons as the Pirquet. For several years, both tests were performed on all children, but the Pirquet was finally dropped as a waste of time because of its uncertainty."

Más adelante, se citan los siguientes datos: "As a means of comparing the reliability of the Pirquet with the Mantoux test, 3,112 children (ranging in age from birth to 13 years) were given two Pirquet tests at the same time that the Mantoux was given. Seven and eight tenths per cent reacted positively to the Pirquet test, while 16.5% responded to the Mantoux. This confirms the opinion of others that the Pirquet test is unreliable and that epidemiological studies based on the Pirquet test are, for that reason, open to criticism".

Con el fin de cooperar al estudio de la niñez realizado por la "American Child Health Association", practicamos este año la prueba intradérmica de la tuberculina, o prueba de Mantoux, en unos 2,500 niños de las escuelas públicas. El presente informe no incluye aquellos niños que recibieron una sola inyección con resultados negativos, ni aquellos otros que dieron reacciones dudosas. Solamente se aplicó la prueba a niños de 8 y 10 años. Los casos negativos incluídos en el presente informe, recibieron tres inyecciones intradérmicas de tuberculina: de un centésimo de milígramo, de un décimo de milígramo y un milígrao sucesivamente. Si tenemos en cuenta que muchos de estos niños vivían en el campo y asistían a escuelas rurales, se comprenderá el trabajo envuelto en este estudio. Cada caso negativo requería cuatro visitas a la escuela: una visita para la pri-

mera inyección; otra para leer la primera inyección y aplicar la segunda; otra para leer la segunda y aplicar la tercera; y otra visita más para leer la tercera. En ciertos casos faltaron algunos niños y fué necesario hacer una quinta visita al campo para completar el número.

Este estudio abarcó distintos puntos de la isla, incluyendo los siguientes pueblos: San Juan, Adjuntas, Canóvanas, Ciales, Río Grande, Lares, Loíza Aldea, Carolina, Maricao, Aibonito, Utuado, y Caguas. Además incluyó niños en distintos barrios de estos mismos pueblos. Mas bien que hacer un estudio intenso de cada municipalidad, lo que se quería era hacer un "cross-section" que indicase el grado de infección tuberculosa existente entre los niños de Puerto Rico. Un 28% de los niños estudiados fueron de la zona rural. En el trabajo de practicar la prueba me ayudaron muy eficazmente los distinguidos compañores doctores Alejandro Ruíz Soler, Abel de Juan, Román Benítez, Berríos Berdecia y A. Montalvo Guenard. El doctor Rivera Aponte practicó algunas pruebas en Aibonito, y el doctor José B. Gotay en Adjuntas. Dada la extensión del area que se quería abarcar, este estudio no hubiera podido llevarse a cabo a no ser por la decidida y eficacísima cooperación de estos compañeros.

En la aplicación de la prueba, seguimos la técnica dada por el Phipps Institute, de Philadelphia. Esta técnica consiste en la inyección intradérmica de una primera dosis de 0.01 milígramo de tuberculina en el antebrazo derecho. Cuarenta y ocho horas después se lee la reacción, y, si el resultado ha sido negativo, se practica una segunda inyección intradérmica de 0.1 milígramo de tuberculina. Esta se lee nuevamente a las 48 horas, y si da resultado negativo, se practica entonces una tercera inyección intradérmica de milígramo de tuberculina.

Como dice Myers, una reacción negativa a una inyección intradérmica de un milígramo de tuberculina, es la prueba más concluyente de que no existe infección tuberculosa en el niño. Esto, por supuesto tiene sus excepciones. Se sabe que en ciertas afecciones agudas, así como en casos muy avanzados de tuberculosis, la prueba de tuberculina puede ser negativa, debido en este último caso a la carencia de toda inmunidad.

Los casos positivos fueron clasificados en una, dos y tres cruces. El 64% de todos los niños dieron pruebas positivas de tuberculina. La proporción de positivos fué mayor en la zona rural (66%) que en la urbana (62%). Esto, a primera vista parece indicar mayor extensión de la infección tuberculosa en el campo que en el pueblo; pero si analizamos un poco más los resultados, hallamos que el 74% de las reacciones obtenidas en el campo, fueron reacciones leves (†) mientras que en el pueblo, las reacciones leves fueron solamente el 65% del total, con un 35% de reacciones de (††) y (†††). Esto parece indicar dos cosas:

1—Que la infección tuberculosa leve está tan diseminada en el campo como en el pueblo.

2—Que el niño del pueblo, por las condiciones especiales de vivienda de la zona urbana, muestra mayor alergia, es decir, mayor susceptibilidad al bacilo de la tuberculosis. Su organismo está más propenso a desarrollar la enfermedad, en virtud de las dosis masivas de bacilos que ha ingerido desde la infancia.

Estos datos son sumamente interesantes.

Analizando los resultados de estas pruebas según los distintos municipios, hallamos que la proporción más alta de positivos la dieron Maricao, Toa Alta y Utuado. Maricao dió un 96% de positivos. Toa Alta y Utuado, un 75%. San Juan dió un 66% de pruebas positivas. Caguas un 72%.

Las proporciones más bajas las dieron Canóvanas, con un 20% de positivos; Río Grande, con un 33%, y Loiza Aldea y Lares, con 36% de positivos cada uno.

Este es meramente un informe preliminar, en un trabajo que estamos continuando y que pensamos completar debidamente. Hemos seleccionado varias localidades de la isla para hacer estudios intensos respecto a la extensión de la infección tuberculosa en los niños. Vamos a aplicar, en estas comunidades, una inyección intradérmica de un décimo de milígramo de tuberculina a todos los niños, desde algunos meses hasta lo quince años de edad. Este es el método que aconseja Myers y recomienda como el mejor sistema que existe para determinar la extensión de la infección tuberculosa en una localidad. Es un trabajo que requiere tiempo y personal; pero que, una vez hecho, tiene un valor inmenso en la campaña antituberculosa.

El año que viene esperamos poder presentar a esta Asamblea el resultado completo de nuestro trabajo.

AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF GOITER

La Asociación Americana para el estudio del Bocio ofrece otra vez un premio de trescientos dólares ($300.00) al mejor trabajo de investigación original que se presente sobre cualquier aspecto del Bocio en la reunión anual que dicha Sociedad celebrará en la ciudad de Kansas durante los días 7, 8 y 9 de abril de este año de 1931. La Asociación confia en que la oferta estimulará valiosa contribución, especialmente en lo que atañe a las causas fundamentales del Bocio.

Los manuscritos deberán de llegar a manos del Secretario Correspondiente, Dr. J. R. Yung, Terre Haute, Ind. antes del primero de abril, 1931, a fin de que el Comité que va a juzgar los trabajos tenga tiempo de examinarlos por completo. Los manuscritos que lleguen después de sea fecha se devolverán a los autores, si así lo piden, o se conservarán para el año siguiente.

El primer premio que fué concedido en la reunión celebrado en Seattle en 1930, correspondió al Dr. William F. Rienhoff Jr., de la Universidad de John Hopkins, Baltimore. Los doctores O. P. Kimball, de Cleveland, O., E. P. y D. R. Mc Cullagh, de la Fundación Clínica de Cleveland; en Cleveland, O., y Robert P. Ball, de la Universidad de Louisville, recibieron menciones honoríficas.

Se invita a los amantes de la investigación a participar en esta competencia.

Las Compañías Swan-Myers Co., y los Laboratorios Abbott de North Chicago se han unido bajo una sola dirección consolidando su capital y departamento de investigaciones científicas. Este último estará a cargo del Dr. Volwiler, de los Laboratorios Abbott y del Sr. Carter de los Laboratorios Swan-Myers, ambos conocidos en los círculos científicos de los Estados Unidos.

Varias de las especialidades más importantes de los Laboratorios Swan-Myers son ampolletas intravenosas e intramusculares, vacunas bacterianas, productos opoterápicos y preparaciones farmacéuticas. De los Laboratorios Abbot los más importantes son diferentes preparaciones de Metaphon, Clorazene, Calcidin, etc., etc.

THE AMERICAN BOARD OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Esta Junta quedó organizada definitivamente en Niagara Falls en Septiembre 16, 1930, siendo su objeto y principal función el expedir certificados de eficiencia y especialistas en obstretricia y genecología a aquellos médicos que se presenten en solicitud de los mismos y prueben su capacidad para ello.

La Junta celebrará exámenes el sábado 14 de mayo 1931 a las 2 P. M. en las siguientes ciudades: New York, Filadelfia, Chicago, Toronto, Indianapolis, Portland, Rochester, Iowa City, St. Louis, Boston, Ann Arbor, Baltimore, Raleigh, Atlanta, Cincinnatti, San Francisco, Grand Forks, Denver y Galveston.

Los candidatos se servirán comunicarse con el secretario Dr. Paul Tiliu, 1015 Highland Bldg, Pittsburg, Pa., antes del 21 de Febrero 1931.

Exámenes orales se celebrarán en Filadelfia con fecha 6 de junio 1930 o sea el día antes del Congreso Anual de la A. M. A.

UN NUEVO EDIFICIO PARA EL POLYCLINIC HOSPITAL DE NEW YORK

El nuevo edificio adicional al Hospital Polyclinico de New York fué inaugurado con fecha 28 de diciembre ppdo. Dicha amplia construcción que consta de doce pisos y la cual costó $1,500,000 está situada en la calle 50 Oeste y será dedicada a Clínicas para la enseñanza y cuatro pisos exclusivos para pacientes privados.

El piso décimo ha sido dedicado a salas de operaciones habiéndose instalado siete anfiteatros quirúrgicos equipados completamente con todo el armamentario moderno de cirugía.

El actual Hospital tiene ahora cabida para 450 pacientes hospitalizados y Clínicas diversas en las que pueden ser atendidos 600 casos diariamente.

THEOCIN

THEOCIN-SODIUM-ACETATE
(*Brand of Theophyllin*)

NUEVO ADELANTO EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES CARDIACAS

Debido a su reconocida acción vaso dilatora, THEOCIN es considerado como un remedio eficaz en la angina de pecho, oclución parcial de las coronarias y decompensación cardiaca. En los casos de afecciones cardiacas o cardio vasculares, la administración de THEOCIN, evita las contracciones dolorosas, baja la presión sanguínea, mejora la fatiga y reduce la edema.

Dósis:—Para adultos, una o dos tabletas de Theocin o de Theocin-soluble, dos o tres veces al día.

THEOCIN se vende en tabletas de grano y medio (botellas de 25) y también en polvo. THEOCIN-SOLUBLE en tabletas de dos granos y medio y también en polvo.

Winthrop Chemical Company, Inc.

170 VARICK ST., NEW YORK, N. Y.

Representante en Puerto Rico:

FRED. SCHOMBURG,

LUNA 80 - APARTADO 433 - TEL. 281 - SAN JUAN, P. R.



Ensáyela GRATIS

. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestésico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Inhalant, No. 66

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.



Radiografías antes y después

Las radiografías han alcanzado tal importancia en medicina, que es virtualmente necesario un examen radiográfico en todos los casos de fractura.

Una radiografía tomada *antes* del tratamiento revela exactamente la naturaleza y extensión de la fractura. Radiografías tomadas *después* indican el estado de los huesos; constituyen una protección tanto para el paciente como para el doctor.

Protección que es efectiva *si* se emplea material radiográfico seguro. Y para verdadera seguridad, los roentgenólogos del mundo entero prefieren las Películas Eastman para Radiografías. ¿Para qué más pruebas de su excelencia?

Enviamos a petición nuestro nuevo libro "Los Rayos X en Medicina"

Eastman Kodak Company

Rochester, N. Y., E. U. A.

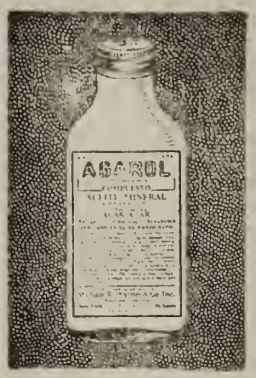
Se Puede
Disminuir la Dosis

¿Qué laxante puede prescribirse con la seguridad de que, después de un tiempo razonable, no sólo es posible ir disminuyendo la dosis, sino en la mayoría de los casos suprimirlo totalmente?

Quizás haya alguna preparación más o menos en boga que permita suspenderla ALGUNAS VECES; pero con el Agarol se puede estar seguro de hacerlo en la inmensa mayoría de los casos, con ASOMBROSA REGULARIDAD. La experiencia clínica ha demostrado que el Agarol restaura la potencia "inherente" o fisiológica del intestino, hasta que llega a poder desempeñar sus funciones naturalmente sin ayuda de una medicación continuada.

EL AGAROL es la Emulsión original de Aceite Mineral, Agar-Agar y Fenolftaleína, y tiene estas ventajas especiales:

Es perfectamente homogéneo y estable, de gusto agradable sin estar artificialmente saboreado; no contiene azúcar, álcalis ni alcohol; no tiene contraindicaciones; no hay escurrimiento rectal; no da cólicos; no provoca náuseas ni trastornos gástricos; no crea hábito.



AGAROL

MUESTRAS A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

WILLIAM R. WARNER & CO., INC.

Establecidos en 1856

113-123 WEST 18TH STREET NEW YORK, E. U. A.



ANUSOL

MARCA DE FABRICA

SUPOSITORIOS

HEMORROIDALES

Los médicos nos dicen

que sorprende observar cuán escaso es el número de madres que pasan por el período del embarazo, del parto y la convalecencia sin padecer de hemorroides o de otros males rectales de menor importancia, que pueden dar origen a hemorroides.

Pocos de estos males, si se tratan a tiempo y como es debido, ponen a la paciente en un estado tal que se haga necesaria una operación. Los SUPOSITORIOS ANUSOL, que recetan los médicos de todos los paises desde hace un cuarto de siglo, logran los mejores resultados para las hemorroides en ese periodo.

Por otra parte, disminuyen la necesidad de medicación interna para aliviar el estreñimiento.

Lo que significa leche mejor y más digestible para el bebé y una recuperación más rápida del estado normal para la madre.

Se envía una cantidad de prueba por correo, gratuitamente, a solicitud.

SCHERING & GLATZ, INC.

150-152 Maiden Lane
New York, N. Y.

SCHERING & GLATZ INC. NEW YORK

Fábrica y Laboratorics
Bloomfield, N. J.

LA NUMOTIZINE

Las drogas usadas en la preparación de la **Numotizine** son selectas, de manera que sean de fácil absorción a través de la piel.

Cada droga tiene su acción especial y todas combinadas ejercen una acción synergística y mejoran al enfermo.

La **Numotizine** es de fácil aplicación y se remueve fácilmente no molestando en nada al paciente.

Muestra y literatura si se solicitan.

NUMOTIZINE, INC.

220 W. Ontario St. **CHICAGO, U. S. A.**

Robert & Santini, Distribuidores.

Avenida Ponce de León.

San Juan, P. R.



Amytal Sódico

(POR VIA ORAL)

Valioso Coadyuvante de la Anestesia

LA administración preoperatoria de los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico elimina la ansiedad preanestésica; reduce la cantidad requerida del anestésico por inhalación; disminuye los vómitos y demás características postoperatorias desagradables.

Los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico también son efectivos en el dominio de las convulsiones del tétanos, rabia, eclampsia, y otros estados espasmódicos.

Escriba Solicitando Literatura

Eli Lilly and Company

INDIANAPOLIS, E. U. A.

Año XXIII. Núm. 185.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

FEBRERO 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Application for entry as second class matter pending

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 19

La disentería bacilar en Puerto Rico . . 22
Dres. O. Costa Mandry y
E. Garrido Morales.

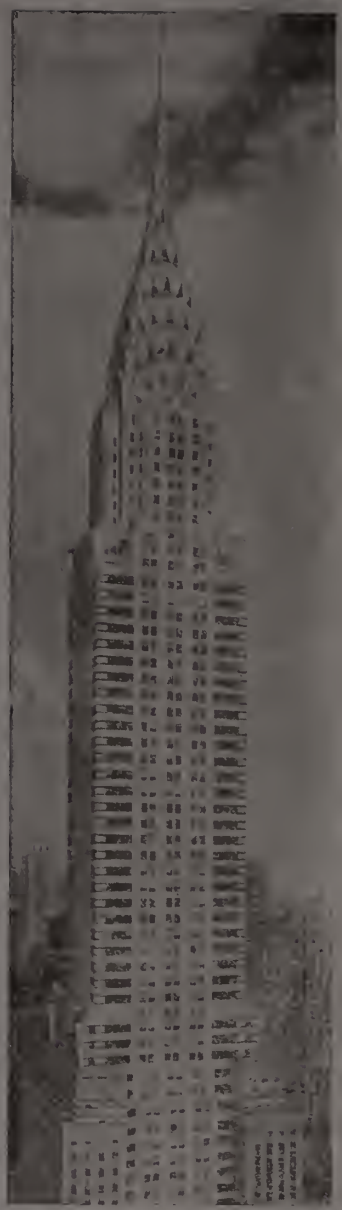
Proceso histórico de la Tuberculosis en
Puerto Rico 52
Dr. M. Quevedo Baez.

Noticias Médico Sociales 62

Revista de Revistas 66

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
6 AUG 1936

ANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN



Vigor Perdurable

El edificio de la salud humana, para ser perdurable, debe descansar sobre los cimientos de roca de una nutrición adecuada. Pero si falta en la dieta la esencial vitamina-B, la salud descansa sobre cimientos de arena: cualquier pequeño accidente puede destruirla.

La Levadura de Vitamina (Pastillas) —Harris, añade a una dieta insuficiente, una cantidad *conocida* de vitamina-B. Estimula el apetito, favorece la nutrición y fortifica la inmunidad contra infecciones. Es específica en beriberi, pelagra y desnutrición, así como una fuente de vigor en muchas otras enfermedades.

La vitamina-B puede recetarse también en forma de Levadura de Cerveceros (Polvo)—Harris, que está ensayada biológicamente para determinar su potencia de vitamina-B. Para hacer un caldo delicioso *vegetal* abundante en vitamina-B, pueden usarse los Cubos de Caldo de Levadura-Harris, en cualquier estado de enfermedad o de salud.

Se encuentran de venta en todas las droguerías al por mayor de Cuba y Puerto Rico, o dirigirse a Joaquín Beléndez Sola, P. O. Box 1188, San Juan, Puerto Rico.

Vitamina de Levadura (Pastillas)

HARRIS



THE
HARRIS LABORATORIES, Inc.
TUCKAHOE, NEW YORK, E. U. A.



CREMO-CARBONATOS

(Crema Tri-Carb Mulford)

Antácido calmante, Correctivo y Digestivo. Empleado en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, dispepsia, trastorno estomacal y otras condiciones donde hay secreción excesiva de jugo gástrico.

Es un antácido y correctivo nuevo y de superior calidad, de sabor agradable y fácil de administrar, particularmente a los niños.

Mediante un proceso original de fabricación, la Magnesia, el Calcio y el Bismuto se han combinado en una forma superior tanto a la crema de bismuto como a la leche de magnesia, separadamente.

Es un antácido ideal porque no es caústico, a la vez que neutral; es una suspensión coloidal suave de partículas extremadamente diminutas. Neutraliza seguidamente el ácido gástrico y no tiene ningún efecto desagradable; en efecto, en grandes cantidades ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

VENTAJAS

Actúa rápidamente y es seguro, aun a la dosificación excesiva. Es de sabor agradable. No estriñe. El tratamiento se puede prolongar por mucho tiempo. Posée en extremo propiedades tapizantes y neutralizantes.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A.



Radiografías antes y después

Las radiografías han alcanzado tal importancia en medicina, que es virtualmente necesario un examen radiográfico en todos los casos de fractura.

Una radiografía tomada *antes* del tratamiento revela exactamente la naturaleza y extensión de la fractura. Radiografías tomadas *después* indican el estado de los huesos; constituyen una protección tanto para el paciente como para el doctor.

Protección que es efectiva *si* se emplea material radiográfico seguro. Y para verdadera seguridad, los roentgenólogos del mundo entero prefieren las Películas Eastman para Radiografías. ¿Para qué más pruebas de su excelencia?

Enviamos a petición nuestro nuevo libro "Los Rayos X en Medicina"

Eastman Kodak Company

Rochester, N. Y., E. U. A.

Se Puede Disminuir la Dosis

¿Qué laxante puede prescribirse con la seguridad de que, después de un tiempo razonable, no sólo es posible ir disminuyendo la dosis, sino en la mayoría de los casos suprimirlo totalmente?

Quizás haya alguna preparación más o menos en boga que permita suspenderla ALGUNAS VECES; pero con el Agarol se puede estar seguro de hacerlo en la inmensa mayoría de los casos, con ASOMBROSA REGULARIDAD. La experiencia clínica ha demostrado que el Agarol restaura la potencia "inherente" o fisiológica del intestino, hasta que llega a poder desempeñar sus funciones naturalmente sin ayuda de una medicación continuada.

EL AGAROL es la Emulsión original de Aceite Mineral, Agar-Agar y Fenolftaleína, y tiene estas ventajas especiales:

Es perfectamente homogéneo y estable, de gusto agradable sin estar artificialmente saboreado; no contiene azúcar, álcalis ni alcohol; no tiene contraindicaciones; no hay escurrimiento rectal; no da cólicos; no provoca náuseas ni trastornos gástricos; no crea hábito.



AGAROL

MUESTRAS A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

WILLIAM R. WARNER & CO., INC.

Establecidos en 1856

113-123 WEST 18TH STREET NEW YORK, E. U. A.

El TRATAMIENTO INTRAVENOSO
de la Gonorrea con Glucosa y

MERCUROCROMO

(*Marca Registrada*)

REDEWILL, POTTER Y GARRISON de la Marina de los E.U. de A. (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dic. de 1929) demostraron en 2053 casos que la glucosa con Mercurocromo intravenosamente en *solución fresca* aumenta la propiedad bactericida del último y reduce su anafilaxia dos terceras partes, mientras mantiene una bacteriostasis sanguínea muy eficaz contra toda clase de infección génito-urinaria y estimula la formación de los anticuerpos específicos. Estos resultados concuerdan con los informes obtenidos de una infinidad de autoridades e investigadores de Europa, Norte y Sud América.

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

¡ALGO MAS QUE UNA SIMPLE PREPARACION DE HIERRO!



La inestimable eficacia del hierro, más la Vitamina B y otros agentes reconstituyentes.

EN el Neoferrum el médico tiene a su disposición una preparación ferruginosa que activa una muy rápida regeneración sanguínea.

Ha dado los más rápidos y satisfactorios resultados en las anemias y clorosis y en las deficiencias sanguíneas en general acompañadas de desnutrición y adinamia, restaurando el vigor, el apetito y el color.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28	%
Manganeso Elemental	0.066	%
Acido Arsenioso	0.0007	%
Maltina	30.00	%
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00	%
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00	%
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00	%

El Neoferrum corrije no solamente el empobrecimiento sanguíneo, sino que, por su abundancia de Vitaminas B, mejora el apetito, acelera la nutrición y fortifica el organismo debilitado contra las infecciones.

El Neoferrum suministra el hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos—hierro orgánico que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso, es especialmente eficaz como regenerador de la sangre.

El Neoferrum no es astringente, es fácilmente asimilable, ligeramente laxante y agradable al paladar. Tiende a corregir la acidosis y no mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se despacha solamente por receta facultativa. A solicitud se enviarán informes clínicos específicos y muestras. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NB
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

Una combinación de Luminal (½ grano) y teobromina (5 granos) en forma de tabletas.

THEOMINAL

Trademark Reg. U. S. Pat. Off.

Arterioesclerosis
Hipertensión Arterial
Angina de Pecho
Hipertiroidismo

Según los cuidadosos experimentos realizados por los Dres. Gruber, Shackelford y Ecklund (Archives of Internal Medicine, del 15 de setiembre de 1925) Luminal es un remedio eficaz para reducir la presión sanguínea y combatir, de este modo, estados de hipertensión arterial de diverso orígen.

Las investigaciones clínicas han demostrado que la teobromina obra como un vasodilatador y ayuda así a reducir la alta preción sanguínea.

Ambos medicamentos realizan el mismo objeto aunque por distinto mecanismo: el Luminal, mediante su efecto antiespasmódico general y la teobromina por su acción dilatadora y periférica sobre los vasos sanguíneos.

En Theominal la acción benéfica de cada uno de estos productos es completada por la del otro, lo cual proporciona el más alto grado de eficacia.

Theominal está especialmente indicado en varias afecciones del sistema cardiovascular, incluyendo:

Arterioesclerosis — Hipertensión Arterial
Angina de Pecho — Hipertiroidismo

DOSIS: Para adultos, de 1 a 2 tabletas, una o dos veces al día, según el caso.

FORMA EN QUE SE VENDE:
Frascos de 25 tabletas.

Enviaremos literatura a quienes la soliciten.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.,
170 Varick St., New York, N. Y. — CANADA, Windsor, Ont.

Representante en Puerto Rico:

FR. SCHOMBURG

Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII.	Febrero de 1931.	Núm. 185.

EDITORIAL

EL PROBLEMA DEL CANCER

Es uno de los más graves que el Mundo civilizado confronta en la actualidad. Su importancia médico social es extraordinaria.

Desde el punto de vista económico constituye ominosa gabela, no sólo porque arrebata a las comunidades mayor número de miembros útiles, sino porque, además, mientras lentamente destruye sus víctimas, impone a las familias, cuando son solventes, o al municipio o estado, cuando se trata de pobres, la pesada carga de una asistencia costosa y prolongada. Esto, sin contar con que muchas veces, por causa del tratamiento necesario o por el sitio de implantación del tumor, el enfermo se incapacita para trabajar temporalmente o hasta la muerte.

Revisando las estadísticas de mortalidad general en Europa y América, observamos el hecho extraño de que, a pesar del progreso formidable alcanzado en el estudio de las causas y tratamiento del cáncer, sinembargo el índice de mortalidad de este mal va en aumento constante. Así, en el estado de Nueva York, para no citar más que un ejemplo, las muertes por cáncer, que en 1924 fueron 12,791 o sea 116 por cada cien mil habitantes, se elevaron en 1929 a 14,709 ó 126.7 por cien mil.

Se comprenderá el pesado tributo que la humanidad paga a esta dolencia, recordando que, según Moynihan, de cada siete personas mayores de 35 años, uno muere de cáncer y que, según Charles Mayo, en los Estados Unidos, cuando menos, el 10 por ciento de la población sufre de cáncer. En Lyon, Auguste Lumiere y Paul Vigne señalan, en su comunicación a la Academia de Medicina de París el 8 de abril de 1930, un promedio de muertes por cáncer de 10.14 por 100 sobre la mortalidad total por causas conocidas durante dos decenios, de 1906 a 1925, datos que prácticamente confirman la aserción de Mayo.

En Puerto Rico carecemos de estadísticas irrecusables acerca de la extensión, distribución y mortalidad del cáncer. El único trabajo publicado sobre esta materia es el del Dr. Díaz García que, por basarse exclusivamente en un reducido número de casos del Hospital Municipal de San Juan, es incompleto; y por tanto, la incidencia que señala de 34 por 100 mil habitantes está muy lejos de corresponder a la realidad.

Si hemos de juzgar la morbilidad del cáncer en Puerto Rico por el número de pacientes que solicita en la Clínica Díaz García adecuado tratamiento, declararemos enseguida que no parece inferior a la que prevalece en otras comarcas de Eu-

ropa y Estados Unidos, llamándonos sobre todo la atención el hecho de que el mayor porcentaje de neoplasias malignas se dé entre las personas pobres o de escasa fortuna. Esta circunstancia obliga a tender mano generosa a aquellos desgraciados que no rebasan los límites de la operabilidad o de la curabilidad por las radiaciones X o del radium, afrontando, entonces, de su propio peculio, el Cirujano, en el primer caso, o el radioterapeuta, en el segundo, la mayor parte, cuando no todas las erogaciones que cause el tratamiento.

En cuanto a los inoperables, a las víctimas de neoplasmas viscerales susceptibles de mejorar con la radioterapia intracavitaria y profunda, no hay salvación posible; quedan abandonados a la impiedad de un destino fatal y cruel, porque no debe pretenderse que las instituciones privadas exajeren la caridad y se arruinen, echando sobre sus hombros el dispendio oneroso que apareja la terapéutica paliativa del cáncer.

En Puerto Rico el problema es verdaderamente serio. Demanda urgente solución.

Ni los hospitales insulares ni los municipales están preparados para prestar a tales enfermos la debida asistencia; y es porque, hasta hoy, ni el Gobierno insular ni los municipios se interesaron en la lucha anticancerosa, dejando la iniciativa en manos privadas, cuyos esfuerzos, por loables que sean, pecan y pecarán siempre de ineficaces, ya que no cuentan, ni es de esperarse que cuenten en un futuro próximo, con los recursos meramente indispensables para hacer buena campaña preventiva, curativa y paliativa.

De otra parte, el cuerpo médico insular, tomado en conjunto, no se encuentra, en términos generales, perfectamente adiestrado para rendir eficaz servicio a todos los cancerosos que se lo demanden, porque, como dice Francis Carter Wood, durante el período inicial, que es precisamente el de mayor eficacia del efecto terapéutico, no puede diagnosticarse la dolencia con certeza; además de que no todos los cirujanos ni todos los radiólogos se encuentran en condiciones de ofrecer la terapéutica adecuada.

La Asociación Americana para el Control del Cáncer y el Comité para el Tratamiento de las Enfermedades Malignas, nombrado por el Colegio de Cirujanos Americanos, después de numerosas conferencias, llegaron a un acuerdo sobre las bases fundamentales de la campaña nacional contra el cáncer, recomendando en primer término, como arma la más práctica y efectiva, el establecimiento de servicios anticancerosos en los hospitales generales. Estos servicios, además de suficiente cantidad de Radium y de una instalación completa y poderosa de Roentgenterapia superficial y profunda, y además, también, del grupo de oficinistas y enfermeras especiales, debe de comprender un cuerpo de hábiles especialistas, un cirujano general, un médico general, expertos radioterapeutas y un patólogo adiestrado en el diagnóstico de los tumores.

Pero ni el más hábil cirujano ni el más eminente y mejor equipado radioterapeuta podrán hacer obra útil en la campaña contra el cáncer, si los enfermos que a ellos acuden no llegan durante la primera etapa de la enfermedad, cuando, todavía exclusivamente local, es susceptible de extirpación radical o de tratamiento radioterápico eficaz.

Para ello se hace necesario la educación del pueblo en el conocimiento de las le-

siones precancerosas y de los signos precoces del cáncer, cualquiera que sea su localización.

Esta es la obra más importante que realizan las Ligas Anticancerosas, activando la propaganda por medio de volantes, divulgaciones en panfletos y conferencias en las escuelas, talleres, oficinas, cárceles y reuniones públicas. Pero, además, recauda fondos para proveer o mejorar el equipo y mantenimiento de dispensarios y hospitales, así como también, en algunas ocasiones, para aumentar la provisión de Radium, etc., etc.

Dado el carácter de gravedad singular que reviste el problema del cáncer en Puerto Rico, es urgente que la Asociación Médica estimule la fundación de una Liga Anticancerosa y que se gestione de los poderes públicos la organización de clínicas anticancerosas en los Hospitales de Distrito.

Dr. I. González Martínez.

LA DISENTERIA BACILAR EN PUERTO RICO (*)

O. COSTA MANDRY, M. D.
Director, Laboratorio Biológico.

E. GARRIDO MORALES, M. D.
Epidemiólogo del Dpto. de Sanidad.

La disentería es una enfermedad que se encuentra presente en toda región habitada de la tierra desde el Ecuador hasta la Zona Antártica pero por regla general es más frecuente en las regiones cercanas al Ecuador. (5)

Uno de los hechos que más llama la atención en la historia de la disentería es su escasez en la zona templada en la presente época en comparación con la abundancia de esta enfermedad y la gran mortalidad que la acompañaba hace dos o tres siglos. Así vemos que en el siglo XVII la disentería ocupaba un sitio prominente como causa de muerte en Europa pero ahora la enfermedad se ve escasamente y sólo podemos observarla en número apreciable en asilos, prisiones y campamentos como brotes aislados. Este gran cambio es debido probablemente a los métodos modernos de saneamiento que han sido implantados en el mundo entero. Cuando estas condiciones sanitarias se descuidan como por ejemplo en los casos de guerra o grandes catástrofes causadas por inclemencias de la naturaleza subsiguiente a las cuales hay escasez de albergue y hacinamiento de personas, la disentería hace su aparición, en forma epidémica. (21)

En los países tropicales la disentería es mucho más abundante y aún actualmente ocupa un sitio prominente entre las causas de muerte. En algunos de estos países al igual que en Europa, la disentería es hoy día escasa. Ocurren pocos casos aislados y los brotes epidémicos se dan al igual que en la zona templada en los albergues y sitios de aglomeración o como consecuencia también de inclemencias de la naturaleza.

A instancias del Dr. Lavandero quien nos hablaba amenudo de las epidemias de disentería en Puerto Rico en los tiempos de antaño nos decidimos con su ayuda a buscar algunos de los numerosos datos históricos que comprueban la presencia de la disentería (cámaras o cursos de sangre) en la época primitiva de la colonización española en Puerto Rico.

Reproducimos a continuación un párrafo de las Memorias Geográficas, His-

(*) Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., Diciembre 26-28, 1930.

Del Departamento Insular de Sanidad de Puerto Rico.

torias Económicas y Estadísticas de la Isla de Puerto Rico por Don Pedro Tomás de Córdova, (año 1831). Estas memorias están tomadas de la Historia Geográfica, Civil y Política de la Isla de Puerto Rico por don Antonio Valladares de Sotomayor (año 1789) quien a su vez pone al día la primera historia de Puerto Rico de Fray Iñigo Abbad. (6)

"Los naturales y extranjeros de esta isla padecen generalmente de diarreas y cursos de sangre. Esta incendiada con la fuerza de calor, se irrita con mayor o menor exceso según la complexión más o menos ardiente del individuo. La dilución de este líquido debilita tanto las fuerzas y pulsos del paciente que suele ocasionar síncopes fatales."

"Muchas veces los cursos de sangre producen calenturas pestilentes y suelen extenderse por toda la isla como accidente epidémico. En los años en que padecen tormenta o huracán atribuyen la causa de este mal al pan que comen de las raíces de Marunguey pero en los años que tienen abundancia de víveres, no saben señalar la causa de este mal que es siempre funesto."

"Suelen encontrar alivio en el cocimiento de la fruta del arbolillo llamado "Pajuy o Merey." La experiencia los ha enseñado que el agridulce de esta fruta es utilísimo para contener las evacuaciones de sangre."

Del Boletín Histórico de Puerto Rico copiamos una relación escrita por el Rev. Dr. Layfield (2) sobre la toma de la ciudad de San Juan por los ingleses al mando del Conde Jorge Cumberland quienes en 1598 se apoderaron de la isla con ánimo de establecerse en ella, pero el cuchillo de la epidemia que entró en sus tropas le quitó en poco tiempo mas de 400 hombres.

"La enfermedad era una diarrea que en los primeros días se convertía en un flujo de sangre, algunas veces al principio acompañado por una fuerte calentura pero que siempre acababa en extrema debilidad y falta de ánimo de manera que unos días antes de la muerte, los brazos y piernas del enfermo se ponían extraordinariamente fríos. Esto era tenido por un signo de próximo fallecimiento. Había veces que el enfermo hacía 60, 80, 100 evacuaciones en un solo día. El cuerpo quedaba en una profunda languidez y extrema debilidad. Esto fué, mas que el número de fallecidos lo que hizo a Su Señoría pensar en abandonar esta isla, pues aunque hacia primeros de julio no había arriba de 200 muertos, había el doble de este número enfermos y sin esperanzas de recobrar la salud."

"Los barcos se habían quedado casi sin tripulación pues cuando desembarcamos había cerca de 1,000 hombres de los que la mayor parte estaban muertos o inútiles. Había 400 muertos cuando Su Señoría abandonó a Puerto Rico y otros tantos enfermos que no pudieron ir por sus pies abordo."

Hay una nota del Historiador Cayetano Coll y Toste (pag. 70) que dice que "la epidemia que mató los 400 soldados ingleses fué la disentería."

De las anotaciones con que ilustró Don José Julián Acosta la primera Historia de Puerto Rico de Fray Iñigo Abbad (1) transcribimos lo siguiente:

"DISENTERIA. En la época a que se refiere el historiador de Puerto Rico era la disentería una de las afecciones más mortíferas y frecuentes que se sufrían en la isla, efecto debido principalmente al crecido número de bosques y pantanos que la hacían insalubre. Hoy no solo han mejorado las condiciones de la

localidad, sino también las habitaciones y el género de vida de sus moradores, razones todas por las que se explica lo mucho que han disminuído la frecuencia e intensidad de este padecimiento."

"Sólo en algunos lugares donde hay aguas detenidas o pantanosas constituye endemias bien caracterizadas que hacen frecuentes manifestaciones y causan continuas desgracias entre los habitantes de su zona de acción. El ser común a estos sitios el padecimiento de las fiebres intermitentes, y el observarse a veces ambos padecimientos a un tiempo en el mismo individuo, ya simplemente asociados, ya complicándose mutuamente y dando por producto la fiebre intermitente perniciosa disentérica, ha hecho creer a algunos, que era una misma la causa de los intermitentes y de la disentería; tal teoría se encuentra desprovista de pruebas."

"En los sitios en que se sufre endémicamente la disentería, presenta por lo común la forma aguda grave, que corresponde a las denominaciones de maligna, pútrida o asténica de algunos autores y también a la llamada *disentería de los países cálidos.*"

"Fuera de estos lugares en que hemos dicho que es endémica, se presenta las más veces de un modo esporádico, revistiendo las formas conocidas con los nombres de aguda leve y aguda intensa; otras veces es epidémica y toma el sello o carácter que le imprime la constitución médica reinante."

"Quédanos por decir que no hemos podido observar la forma disentérica que se dice que padece la raza negra, si bien hemos asistido a muchos negros con disenterías graves. Como la supresión de la transpiración es una de las principales causas ocasionales de esta enfermedad, no es extraño que los negros estén mas expuestos a contraerla que los blancos, pues en aquellos la actividad funcional de la piel es mayor que en los otros. Si además se tiene en cuenta que el conjunto de condiciones higiénicas en que ordinariamente viven, hace difícil en ellos la manifestación de las reacciones orgánicas, hecho que se observa en todas sus enfermedades agudas, se vendrá en conocimiento del porqué es muy común, casi necesaria en ellas la forma adinámica de la disentería y tan desfavorable la cifra de la mortandad de los invadidos."

"DIARREA. La diarrea se ha tenido por una de las enfermedades que causaban más estragos en la isla; pero siendo raras veces por sí una entidad morbosa no podemos participar de la común creencia. El vulgo, a la vista de los fenómenos que la dan a conocer, descuida averiguar la causa que la determina, toma el síntoma por la enfermedad misma y usa de distintas medicaciones empíricas que suelen dar por resultado su agravación y la dificultad de curar la afección principal que la produce. Con excepción de la diarrea nerviosa, de la asténica, de ciertas diarreas de los niños y algunas veces de las llamadas críticas, las demás no son sino un síntoma de otras enfermedades; así que no podemos hacernos cargo en una nota como la presente de las muy diversas afecciones que pueden determinarla."

"Los excesos en la comida, el abuso de los alcohólicos, una afección leve mal atendida o una afección aguda de las vías digestivas producen, o dejan como consecuencia, lesiones del mismo aparato que se manifiestan necesariamente por la irregularidad o perversión en la digestión, de la que es un síntoma muy común la diarrea. Estos padecimientos de que hablamos ceden difícilmente aún a las

medicaciones racionales mejor dirigidas, porque la influencia constante del clima impide se obtengan otros resultados; de aquí la necesidad en que suelen encontrarse muchos individuos que los sufren, de trasladarse a un clima templado para obtener su curación."

En 1875 vió la luz un libro titulado "Ensayo de una Historia Médico Quirúrgica de la Isla de Puerto Rico" por el Dr. Enrique Dumont, (7) quien en su introducción dice que "la descripción sobre las enfermedades y afecciones de mayor interés que afligen a la isla de Puerto Rico no descansa en ideas teóricas sino en el estudio concienzudo y completo de todas las divisiones geográficas de la zona tropical caliente a la orilla del mar y en las alturas de Puerto Rico."

"Las epidemias que hemos presenciado porque hemos ido en busca de ellas o se nos han presentado por sí mismas han sido en Puerto Rico las de vómito negro, viruelas, tos ferina, sarampión, disentería, etc. La fiebre amarilla respeta las montañas pero las demás epidemias suben a la altura como reinan en la costa." (pág. 14-15)

"Subsiguiente a los huracanes, inundaciones o temblor de tierra, entre las colinas, las casas rebosan de afecciones palúdicas en todos los grados: fiebres intermitentes, caquexias, hidropesías, esplenomegalias, adenia, disentería y enteritis crónica; y en fin, sobre todo la lientería tan común aquí y tan mortal para los criollos como para los extranjeros." (pág. 18)

"Las aguas dulces empleadas en los campos han sido más de una vez la causa de epidemias que se han pretendido aéreas. Epidemia hubo de disentería, observada en los negros de un ingenio que no desapareció sino por el cambio de las aguas de un arroyo vecino, empleadas hasta entonces, con las de un pozo abierto por orden del médico." (pág. 174)

Entre las numerosas operaciones efectuadas por el Dr. Dumont y los casos clínicos que él estudió se cita a menudo como antecedentes patológicos en la historia de los enfermos o de sus familiares, la disentería. En uno de los casos (pág. 160) figuran enteritis repetidas y prolongadas que se atribuyen a la acción del sol; "disenterías múltiples con deyecciones sanguiolentas cada vez." En un caso de elefantiasis, nadie en la familia padece afección semejante, "los hermanos son robustos: se le murieron cuatro hijos quedándole dos delicados, anémicos y en convalescencia de unos ataques de disentería epidémica que en este momento (1872) aflige a la isla." (pág. 221)

Hay varios otros casos estudiados (pág. 136-137-172) los cuales no citamos por carecer de espacio y no prolongar este trabajo demasiado, sinembargo queremos consignar el hecho de que tanto en las épocas primitivas de la colonización española como en el tercer cuarto del siglo XIX la disentería y la diarrea aguda o crónica eran consideradas como entidades distintas.

En 1899 debido al excesivo número de casos de disentería presentes en la isla de Puerto Rico la Junta Superior de Sanidad de aquel entonces preparó y distribuyó gratuitamente un folleto dando informes sobre la disentería y el modo de evitarla y combatirla. Gracias a la cortesía del Dr. Gutiérrez Igaravidez, quien aún conserva un ejemplar podemos citar algunos párrafos de dicha circular. (12)

"La disentería es una enfermedad contagiosa que frecuentemente ataca al final del verano y a veces resulta epidémica. Actualmente es epidémica en las regiones

montañosas de Puerto Rico donde se acentúa su rigor a consecuencia de los efectos producidos por la tormenta del 8 de agosto último que destruyó los frutos y aumentó la pobreza del pueblo. Es también frecuente en otras islas de la India Occidental."

"CAUSAS DE LA ENFERMEDAD.

Se cree que la disentería es causada por ciertos parásitos que al introducirse en los alimentos se multiplican prodigiosamente en los intestinos y causan una perturbación especial que caracteriza la enfermedad. Hay razón para creer que existen diferentes formas de esta enfermedad, alguna de las cuales es debida a los vegetales y otras a los parásitos animales."

"Se cree que la disentería en Africa y en las Indias Orientales tiene forma distinta de la que reviste la que ataca en las Indias Occidentales, siendo frecuentemente seguida de abcesos del hígado."

"Del mismo modo que sucede con otras enfermedades los gérmenes de la disentería rara vez atacan a los fuertes y vigorosos, pero cuando la vitalidad es combatida por la malaria; debido a- la mala o insuficiente alimentación; por haber sufrido o estar expuesto al frío, humedad y aire dañoso, ruin, inmundo y demás antehigiénicas condiciones que afectan la vida de las gentes muy pobres, dicha enfermedad se contrae rápidamente. De aquí que esta dolencia prevalezca como fatal compañera de las grandes necesidades producidas por los grandes desastres."

"Puede extenderse también la disentería como la fiebre tifoidea por el contacto de las manos o ropas sucias, platos, cuchillos, tenedores, cucharas, etc., contaminadas indudablemente por algo que ha estado al servicio del paciente, por lo cual debe prestarse mucha atención a fin de evitar estos posibles medios de contagio. Si un individuo de una familia pobre es atacado por esta enfermedad, constituye una fuente de peligro para dicha familia, porque generalmente, todos duermen en una o dos habitaciones pequeñas, todos usan los mismos platos, se alimentan igualmente, y careciendo de los medios necesarios para llevar una vida metódica, es muy fácil concebir que el enfermo infecte a toda la familia."

"REGLAS QUE DEBEN REGIR EN LAS CASAS DE LAS HACIENDAS Y ALDEAS:

1.—Deberá construirse convenientemente cerca de la casa una letrina de un metro de profundidad. Con el frecuente uso de tierra seca se conservará enteramente libre de malos olores y no perjudicará a la familia. La tierra depositada en los retretes se mezcla con cal y se trasladará de tiempo en tiempo al campo o se colocará en las plantaciones de plátano para su abono. No se arrojará nunca ni dentro ni cerca de los manantiales.

2.—El agua que se ha de beber deberá hervirse antes para destruir los gérmenes de la enfermedad. Siempre que se presente un caso de disentería deberá recurrirse al agua hervida. Debe evitarse que penetren en la casa las emanaciones de las cloacas o cualquier otro aire impuro. Inmediatamente después de haber observado algún caso de disentería dése cuenta a la Junta Local de Sanidad, dando conocimiento a la Junta Superior si los casos se repiten en la misma vecindad. Los niños en cuyas familias prevalezca la

disentería no es necesario que dejen de asistir a la escuela. Todo lo que daña la buena salud en general, tiende a exponer el sistema a una enfermedad y en tal sentido la inmundicie se considera como promotor de la disentería."

En Diciembre 5, 1927, uno de nosotros (Costa Mandry) presentó ante la Asamblea Anual de esta Asociación Médica un trabajo sobre estudios preliminares de disentería en Puerto Rico, (3-4) en el cual estudiábamos bacteriológica y microscópicamente las heces fecales de 77 casos de diarreas agudas y 72 casos normales (usados como control) habiendo aislado el bacilo disentérico de Flexner en seis de estos casos (7.7%) de diarreas.

Estos 77 casos de diarreas agudas ocurrieron esporádicamente durante un período de tiempo de aproximadamente seis meses y se limitaron en gran parte a casos procedentes de San Juan y sus barrios.

Los seis casos en que se aisló el bacilo de Flexner se localizaron en Ponce, (*) Maunabo, Sunoco (Santurce), Arecibo, Vega Alta y Canóvanas, habiendo sido fatal el caso de Sunoco. No tuvimos en aquella época la oportunidad de estudiar ningún brote epidémico y solo presentamos un informe preliminar tendente a demostrar que la disentería bacilar causada por el bacilo de Flexner existía en nuestra isla como una entidad nosológica aparte, suficientemente individualizada.

Como no fuimos los primeros en consignar este hecho, pues ya en distintas ocasiones se ha hecho mención en la literatura médica de la existencia en Puerto Rico de disentería bacilar causada por el bacilo de Flexner, vamos a citar algunas de estas referencias para conocimiento de todos.

En su tratado de Patología Interna, Osler (18-19) consigna el axioma de que "en los trópicos la disentería es un gigante destructor comparado con el cual las bebidas alcohólicas no son mas que un simple fantasma. (Mac. Gregor.)"

"En la actualidad la mayoría de los autores están de acuerdo en que las epidemias de disentería aguda que se observan en los países tropicales pertenecen al tipo bacilar."

"La disentería bacilar es una enfermedad frecuente en Puerto Rico, en las islas Filipinas, y en menos extensión en Cuba. El bacilo de Flexner ha sido demostrado en las heces fecales de casos procedentes de Puerto Rico."

"La disentería bacilar es muy frecuente en los establecimientos que contienen una población numerosa y que viven en contacto íntimo unos con otros y en donde hay hacinamiento de personas. Es una de las grandes enfermedades de los campamentos y asilos."

Flexner (10), debido a la cortesía del Dr. J. H. Musser, tuvo la oportunidad de estudiar bacteriológicamente y patológicamente un caso de disentería crónica contraída por un soldado en Puerto Rico durante la guerra Hispano Americana.

Un bacilo tipo 1 (Flexner) fué aislado del contenido intestinal de la flexura hepática y sigmoide. Reacciones de aglu-

(*) Este caso, un continental, que mientras se encontraba de paso por aquella ciudad, fué atacado de disentería y se recluyó en el Hospital Presbiteriano de Santurce, donde fué estudiado distintamente por ellos. Traducimos del record de la historia del hospital (caso No. 18147) lo siguiente:

"Diagnóstico final—disentería bacilar.

"Examen de excreta:

No se encontraron parásitos.

6/1/27 Bacilo disentérico Flexner aislado (Sugar fermentation tests)

6/3/27 Bacilo disentérico Flexner (based on fermentation reactions with various sugars)."

tinación positivas se obtuvieron con el suero de casos que habían tenido la enfermedad entre ellos el caso que se acaba de describir.

En el Systema de Medicina de Albutt y Rolleston, Flexner (9), comentando la disentería crónica cita el caso de un soldado americano invalidado en Puerto Rico a consecuencia de disentería contraída durante la guerra Hispano Americana en el cual el bacilo disentérico (Flexner) habitaba el canal intestinal y produjo relapsos durante muchos meses.

Examinando el Boletín Oficial de la Dirección de Sanidad (11), año 1912, encontramos en el informe anual del Director del Laboratorio Biológico, Dr. I. González Martínez, correspondiente al año fiscal 1911-12, el examen bacteriológico de las heces fecales de cinco casos de disentería aguda habiéndose aislado en los cinco el bacilo disentérico (Park). (pág. 58 y 62.)

BROTE EPIDEMICO DE DISENTERIA DE 1928

La primera parte de nuestro trabajo consiste en un estudio epidemiológico, y bacteriológico de los casos informados como disentería durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre subsiguientes al ciclón de San Felipe.

Copiamos la referencia (17) que sobre esta epidemia hizo el entonces Hon. Comisionado de Sanidad de Puerto Rico, Dr. Pedro N. Ortíz, en su informe del año 1928-29 y publicado en el informe anual del Gobernador de Puerto Rico correspondiente al mismo año.

"La disentería hizo su aparición en esta isla en forma epidémica en los pueblos de San Lorenzo, Caguas, Cidra, Cayey, Comerío, Naranjito y el interior de la isla. Brotes epidémicos fueron reportados de varias otras municipalidades. En Cayey y Cidra fué necesario establecer hospitales de emergencia en cooperación con la Cruz Roja Americana para cuidar de los casos de disentería."

"A pesar de que el curso clínico de la enfermedad corresponde al de disentería bacilar, sinembargo el factor eitológico no se determinó con entera certeza en aquella época ni en la Escuela de Medicina Tropical, ni en el Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad."

"Aceptamos sinembargo que de acuerdo con el curso clínico de la enfermedad y con las evidencias epidemiológicas de que disponemos, que la enfermedad tenía todas las características de disentería bacilar teniendo en cuenta también el curso corto y benigno de la enfermedad y su fácil control por medidas sanitarias."

"La epidemia fué más intensa en aquellos pueblos en donde existían grandes almacenes de tabaco los cuales fueron totalmente destruídos por el huracán habiéndose regado este tabaco por los alrededores proveyendo abundantes criaderos de moscas las cuales aparecieron en números enormes en todas estas poblaciones."

Dos semanas después del ciclón de Septiembre de 1928 se tuvo conocimiento en la oficina del Epidemiólogo del Departamento de Sanidad, de que en la municipalidad de San Lorenzo habían aparecido un gran número de casos de una enfermedad caracterizada clínicamente por síntomas gastro-intestinales, dolor abdominal y en la gran mayoría de los casos, diarrea con sangre y mucosidad en las heces fecales.

Inmediatamente el Epidemiólogo procedió a un estudio epidemiológico de esta epidemia. Subsiguientemente se recibie-

ron informes de casos análogos que aparecieron en las municipalidades de Comerío, Caguas, Cidra, Cayey y Naranjito. La distribución de casos en estas municipalidades que están por su posición geográfica íntimamente relacionadas ademas de otros caracteres epidemiológicos sugería que se trataba de un brote causado por un agente infeccioso.

De 1907 casos de la enfermedad que fueron informados a la oficina del Epidemiólogo (16) durante el mes de noviembre, 527 corresponden al pueblo de San Lorenzo (27%), 309 a Cidra (16.2%) 109 a Comerío (5.7%), 465 a Cayey (24.3%) 185 a Caguas (9.7%) y el resto (17%) distribuídos en diferentes municipalidades de la isla.

El curso clínico de la enfermedad era característico y mas o menos similar en todos los casos siendo más intenso en algunos y más leve en otros.

El primer síntoma de que se aquejaban los afectados era dolor abdominal y dolor a presión generalizados sobre todo el vientre. En un gran número de casos había fiebre con dolor de cabeza pronunciado. Luego empezaban las deyecciones que variaban de 5 a 50 al día. Las evacuaciones eran incontenibles. Las deyecciones eran semi-líquidas con poca fetidez, alguna materia fecal y abundante mucosidad estriada de sangre.

Un gran número se quejaba de ardor o tenesmo al evacuar.

Los síntomas duraban de 5 a 15 días, por lo general el paciente, en la mayor parte de los casos, curaba y quedaba aparentemente bien.

Consúltese el cuadro No. 1 con respecto a la sintomatología de los casos estudiados.

El estudio epidemiológico que llevamos a cabo en Caguas, Cayey y San Lorenzo comprende 936 casos repartidos 673 (71.9%) en la zona rural y 263 (27.9%) en la zona urbana.

La enfermedad hizo su primera aparición en forma epidémica en dos distritos rurales del municipio de San Lorenzo donde en meses anteriores se habían registrado casos esporádicos de una dolencia que presentaba un cuadro clínico idéntico. Más tarde se propagó a otros barrios colindantes del mismo municipio, extendiéndose luego a los municipios de Caguas, Cayey, Cidra, Comerío, Naranjito y otros geográficamente relacionados. A pesar de que alrededor de un 70 por ciento de la población en estos municipios reside en distritos rurales, la enfermedad prevaleció más proporcionadamente entre los habitantes de la zona rural. Una gran mayoría de las viviendas en estos distritos fueron totalmente destruídas por el huracán, trayendo esto el consiguiente hacinamiento de personas, también muchas letrinas se desbordaron con la correspondiente diseminación de materias fecales en el suelo. Las condiciones antehigiénicas que prevalecían en estos distritos acentuadas por el huracán, unidos a la falta de alimentación adecuada fueron factores que contribuyeron indudablemente a la propagación de la enfermedad.

En el año fiscal 1928-29 durante el cual ocurrió el huracán se informaron 6,473 casos y se registraron 717 defunciones por disentería en los 77 municipios de la isla. Sinembargo, durante el año anterior al ciclón (1927-28) solamente se registraron 192 casos y 73 defunciones por la misma causa. El 63% de estas defunciones correspondientes al año 1928-29 ocurrieron en San Lorenzo, Cidra, Caguas, Cayey, Comerío y Naranjito, muni-

cipios donde la enfermedad prevaleció con mayor intensidad.

Como consecuencia del enfriamiento por falta de albergue, alimentación inadecuada y otras condiciones anormales que generalmente prevalecen en catástrofes como el huracán de Septiembre 1928, epidemias de enfermedades del sistema respiratorio frecuentemente hacen su aparición. Durante los meses subsiguientes al ciclón hubo un aumento considerable en el número de casos y defunciones certificados por grippe e influenza. 9299 casos y 540 defunciones fueron informados durante el año fiscal 1928-29 en contraste con 917 casos y 65 defunciones durante el año 1927-28 o sea el año anterior al ciclón.

Sinembargo la epidemia de influenza no tuvo gran intensidad en aquellos municipios donde la disentería acusó el mayor número de muertes. Por ejemplo, en San Lorenzo, Cidra y Comerío donde se registraron 2,621 casos y 132 defunciones por disentería no ocurrió una sola defunción por influenza.

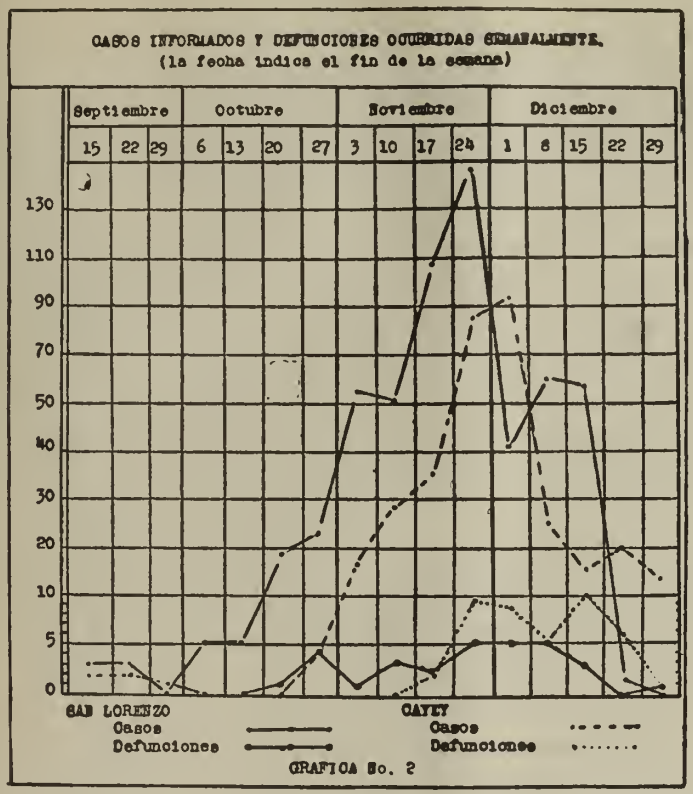
El aumento registrado en el número de casos y defunciones por malaria en la isla durante el año del ciclón fué aparente, pues, mientras en el año 1927-28 se registraron 62 defunciones a consecuencia de malaria por cada mil del total, durante el año del huracán (1928-29) solamente se registraron 58 defunciones por cada mil del total de defunciones.

Desde un estricto punto de vista epidemiológico parece evidente que la influenza o la malaria como entidades clínicas no tuvieron relación alguna con la epidemia de disentería que se desarrolló después del huracán de Septiembre 1928.

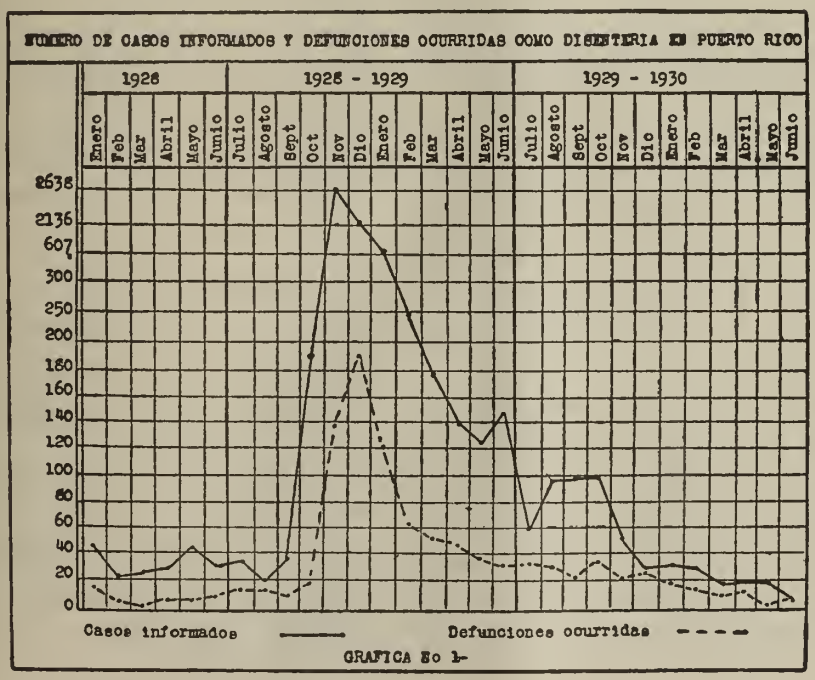
Es por demás interesante comprobar que la epidemia de disentería subsiguiente al ciclón de 1899 (San Ciriaco) al igual que la que siguió al de San Felipe (1928) veintinueve años más tarde, reinó principalmente en aquellos pueblos situados en el centro de la isla, pueblos cuya posición geográfica es similar, unidos entre sí y en estrecha relación unos con otros. Utuado, Corozal, Barranquitas, Aibonito, Ciales y Barros (14) fueron los afectados en 1899; San Lorenzo, Cayey, Cidra, Caguas y Comerío fueron los invadidos en 1928. También es interesante comprobar que el mayor número de casos de disentería informados ocurrió más o menos en los mismos meses o sea en octubre y noviembre.

En la monografía sobre disentería de la obra de Medicina de Albutt and Rolleston, escrita por Andrew Davidson (5) se cita de una manera específica el que a las lluvias torrenciales que acompañan a los ciclones tropicales siguen frecuentemente un aumento notable en la mortalidad por disentería como ocurrió en Puerto Rico después del ciclón de 1899 (San Ciriaco) y en Jamaica después del ocurrido en Agosto de 1903. Esta observación no es nueva pues ya de antiguo como hemos citado venía siendo observada la coincidencia de la disentería en forma epidémica subsiguiente a las estaciones lluviosas y sobre todo después de los ciclones tropicales.

Y aún más; recordamos a este propósito haber oído a personas (entre ellas médicos) que presenciaron el ciclón de San Ciriaco, que poco después de ocurrido, los campesinos de la isla sufrieron en forma epidémica de una enfermedad intestinal cuya principal característica sintomática era lo que ellos llamaban "cámaras de sangre," y es curioso como también en aquella época lo mismo que en los tiempos que describe Fray Iñigo Abbad y lo mismo que otras opiniones médi-



GRAFICA No. 2



GRAFICA No 1-

cas lanzadas después del ciclón de San Felipe se atribuyese dicha enfermedad a la mala calidad de los alimentos.

Si observamos la gráfica No. 1 podemos ver el aumento de morbilidad correspondiente a disentería durante los meses de septiembre 1928 a junio 1929. (16)

Sinembargo la curva de defunciones concuerda en todos sus puntos con la curva de morbilidad demostrando que el auge de morbilidad fué ocasionado por un real y considerable aumento de la epidemia disentérica.

El curso de la epidemia en los pueblos de San Lorenzo y Cayey puede verse en la gráfica No. 2 con el correspondiente aumento en morbilidad y mortalidad. Es de advertir que en esta gráfica se incluyen los casos y defunciones semanales durante el período agudo de la epidemia solamente.

En la curva gráfica No. 3 puede verse la relación de muertes informadas como disentería desde el año 1899. (14-15)

Inmediatamente después del ciclón de San Felipe al que acompañaron lluvias torrenciales, las condiciones existentes favorecían al desarrollo de una epidemia de disentería en los pueblos de Cayey, San Lorenzo y Caguas donde hicimos nuestro estudio.

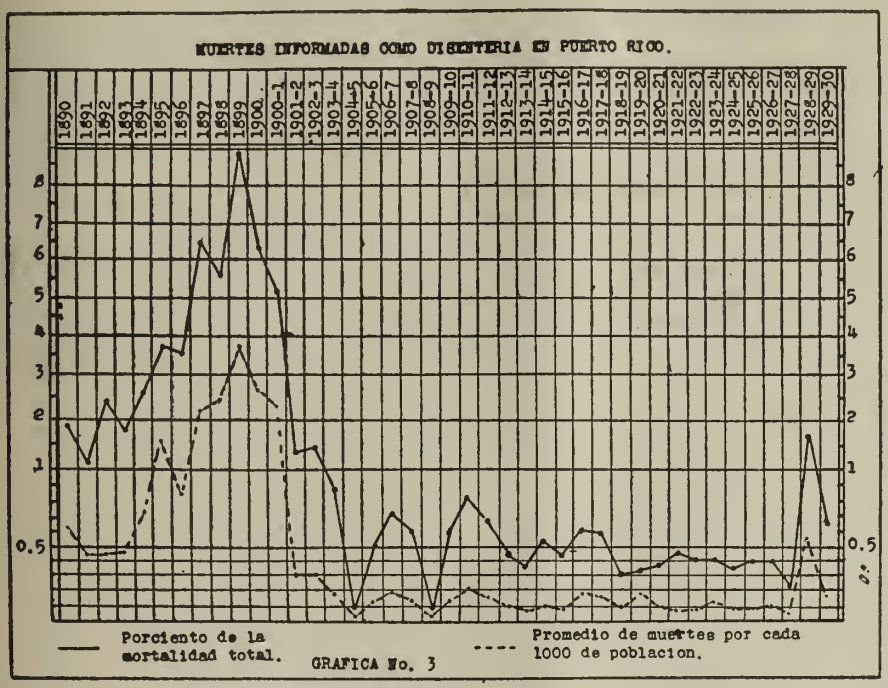
Durante el mes de septiembre cayó en la isla de Puerto Rico un promedio de lluvia de 15.85 pulgadas (22) que comparado con el promedio de 8.48 (8) para el mismo mes durante un período de 30 años, equivale a un aumento de 7.37 pulgadas o de 86.9 por ciento.

En San Lorenzo, Cayey y Caguas el promedio de lluvia fué de 18, 18, y 18.59 pulgadas respectivamente comparado con 9.09, 6.6 y 6.9 en el mismo mes durante un período de 30 años (8).

Entre los factores anormales que llamaron nuestra atención después del ciclón, figuran principalmente la destrucción de casas y chozas, escasez consiguiente de hogares habitables, hacinamiento humano en las que quedaron en pie, y escasez de alimentos en los primeros días. Un número considerable de letrinas quedó destruído, todas al descubierto, convertidas en fuente de contaminación fecal del terreno.

En la región alta de la isla, precisamente donde reinó la epidemia, es la dedicada al cultivo del tabaco, quedando al descubierto un gran número de almacenes, en el mes en que este estaba almacenado, dando lugar a que corrompiesen las estibas y la putrefacción ocasionase abundantes y enormes criaderos de moscas. Igual ocurría con la basura acumulada, restos de árboles y materia orgánica en descomposición.

El cuadro demostrativo No. 1 revela los síntomas principales anotados en la epidemia de 1928 al igual que en el brote del Presidio que se describe más adelante. Es de notarse que la sintomatología en los casos del Presidio, a pesar de ser un número pequeño, concuerdan en todo respecto con la observada en el brote epidémico de 1928.



GRAFICA No. 3

MUERTES INFORMADAS COMO DISENTERIA EN PUERTO RICO

Año	Número de Muertes	Población	Año	Número de Muertes	Población
1890	518	837,234	1910-11	231	1,133,674
1891	377	850,125	1911-12	193	1,149,336
1892	557	863,014	1912-13	123	1,164,998
1893	405	875,903	1913-14	70	1,180,660
1894	661	888,793	1914-15	125	1,196,322
1895	969	901,683	1915-16	112	1,211,984
1896	867	914,573	1916-17	223	1,277,646
1897	1974	927,463	1917-18	211	1,234,840
1898	1913	940,353	1918-19	132	1,258,970
1899	3568	953,243	1919-20	115	1,299,809
1900	2695	968,222	1920-21	117	1,335,520
1900-01	1818	973,387	1921-22	150	1,359,329
1901-02	298	983,459	1922-23	127	1,383,137
1902-03	342	993,531	1923-24	114	1,406,945
1903-04	194	1,003,603	1924-25	124	1,430,753
1904-05	23	1,013,675	1925-26	141	1,454,561
1905-06	121	1,023,747	1926-27	146	1,478,369
1906-07	194	1,033,819	1927-28	73	1,502,177
1907-08	146	1,043,891	1928-29	717	1,525,985
1908-09	24	1,053,963	1929-30	226	1,543,913
1909-10	151	1,118,012			

CUADRO No. 1.

SINTOMAS PRINCIPALES EN LOS CASOS ESTUDIADOS

	Casos en que estaba presente	
	Brote de 1928	Brote del Presidio
	Por ciento	Por ciento
Fiebre	77.88	73.6
Dolor d ecabeza	66.34	73.6
Vómitos	36.11	39.4
Diarrea	83.97	76.3
Moco	87.39	97.3
Sangre	73.93	95.2
Dolor abdominal ..	92.52	97.3
Tenesmo	73.50	97.3
Colapso	1.07	
Total de Casos Estudiados	936	46

En el cuadro No. 2 vemos que el 76.8 por ciento de los casos estudiados por nosotros ocurrieron en las mismas o en casas vecinas quedando solamente un 23 por ciento de casos que ocurrieron en casas que no colindaban unas con otras.

Este dato es importante si consideramos que tanto en el brote subsiguiente al ciclón de 1928 como en el del Presidio que se describe más adelante, se consumieron alimentos a los cuales pudieran atribuirse síntomas gastro-intestinales.

Solamente el 45 por ciento de los casos ocurrió en las mismas casas. Si el agente hubiese sido un alimento común nos inclinaríamos a creer que el por ciento hubiese sido mucho mayor, pues, el alimento de todas estas personas era más o mnos similar.

CUADRO No. 2

RELACION DE CASOS ESTUDIADOS

	Zona Urbana	Zona Rural	Total
	Por ciento	Por ciento	Por ciento
Presencia de más de un caso de disentería en la misma casa	45.	46.2	45.9
Presencia de otros casos en la casa o vecindad	78.6	76.1	76.8
Total de Casos Estudiados	262	673	936

El cuadro siguiente (No. 3), relativo a la disposición de las excretas en las casas donde acaecieron casos de disentería demuestra que el 58 por ciento de las casas no tenían letrinas o adecuada disposición para las excretas.

Como la disentería es una enfermedad en la cual la disposición inadecuada de la excreta tiene una importancia esencial, ese factor contribuyó indudablemente a favorecer la propagación de la enfermedad.

También debemos recordar el gran número de letrinas que fueron destruídas por el ciclón y que sirvieron como focos de polución al terreno.

CUADRO NO. 3.

DISPOSICION DE LAS EXCRETAS EN LOS CASOS ESTUDIADOS

(*San Lorenzo, Cayey y Caguas*)

	Inodoro		Letrina		
	Casa	Patio	Casa	Patio	Ninguno
Zona Urbana	8	3	3	183	65
Zona Rural.	2	5	6	183	477
Indefinido ..				1	
TOTAL..	18		376		542
Por Ciento	1.92		40.17		57.90
Total de Casos			936		

De los 936 casos estudiados la mayor parte de ellos ocurrieron entre las edades de 20 a 40 años, esto es, la enfermedad fué más frecuente en adultos que en niños. (Véase el cuadro No. 8 insertado al final del trabajo en la discusión de este).

La técnica usada en el examen de las muestras de excreta de los casos afectados era como sigue:

Examinábamos las muestras tan pronto se recibían, muchas de ellas llegaban por correo de 15 a 24 horas después de tomadas. Se hacía primero un examen macroscópico anotando los caracteres principales de la excreta. A continuación examinábamos la excreta microscópicamente, previamente diluída en solución salina y la examinábamos para parásitos estudiando especialmente el carácter del exudado celular presente. También se diluía la excreta en solución de Lugol para determinar la presencia de quistes de amibas. Para el examen bacteriológico se emulsificaba un poco de la excreta ½ gramo o ½ cc. en 5 cc. de caldo. A los quince minutos sembrábamos de la parte superior del caldo en las *placas de Petri*. Si había moco presente recogíamos una hebra en una aguja de platino, la lavábamos tres veces en solución salina normal y la sembrábamos directamente en las placas. Las placas contenían *medio de Endo* o Eosina azul de metileno, usando en cada caso dos placas de cada *medio*. Se incubaban las placas 24 horas y se escogían las colonias sospechosas que eran sembradas en tubos *de medio inclinado de Russell* los cuaes se incubaban 24 horas. Si se producía acidez en la parte inferior del medio pero no en la parte inclinada, se hacían frotes y se teñían por el método de Gram. Si encontrábamos bacilos Gram negativo, los aglutinábamos en suero antidisentérico polivalente y de Flexner, determinando al mismo tiempo la movilidad de los organismos, y aquellos que eran bacilos Gram negativo, no móviles, que producían acidez en la glucosa pero no en la lactosa, y que eran aglutinados en diluciones de 1 en 300 y 1 en 600 del suero, los considerábamos sospechosos.

Examinamos bacteriológicamente 137 excretas. Como puede verse en el cuadro No. 4 no todas estas muestras eran diarréicas; en muchos casos la muestra se tomó cuando el paciente estaba en franca convalescencia.

De las muestras estudiadas 18 revelaron bacilos sospechosos, y de estos seis fueron sembrados en medios de cultivo diferenciales (vea los cuadros 4 y 5).

Mientras ejecutábamos esta investigación, en el Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, bajo la supervisión del entonces director, Dr. P. Morales Otero (20) se hicieron 51 pruebas de aglutinación usando sangre de pacientes convalescientes de disentería y dos antígenos Dreyer (13) uno de Bacilos Flexner

CUADRO No. 4

CASOS ESTUDIADOS BACTERIOLOGICAMENTE

No. de Casos	HECES FECALES		Amoeba Coli	Giardia lamblia	Trichuris	Uncinaria	Ascarides	Organismos Sospechosos (B. Flexner)
	Carácter Macroscópico	Carácter Microscópico						
43	Líquida, con mucosidad y sangre. Escasa materia fecal. Poca fetidez.	Abundante exudado celular. Preponderancia de polinucleares. Presencia de sangre.	1	1	2	1	—	12
21	Semi sólida, tipo normal.	Normal	—	—	1	1	—	—
29	Líquida, color castaño oscuro. Fetidez pronunciada, algún moco, no tiene sangre.	Abundante exudado celular. Abundantes polinucleares. Presencia de algunos eritrocitos.	—	—	—	2	2	3
22	Líquida color amarillo. Presencia de moco y sangre.	Abundante exudado celular y moco. Presencia de sangre.	1	—	—	—	—	1
18	Líquida o semi sólida con moco y sangre. Color verdoso. Ligera fetidez.	Abundante exudado celular y moco. Presencia de sangre.	—	—	—	—	—	2
4	Excretas sólidas y formes. No tiene sangre o moco.	Normal	—	—	—	1	—	—

CUADRO No. 5.

REACCIONES CULTURALES DE LOS ORGANISMOS AISLADOS.

Procedencia	Número de casos	Movilidad	Tinción por Gram	Lactosa	Sucrosa	Manito	Glucosa	Maltosa	Xylosa	Glycerina	Gelatina	Indol
S. Lorenzo	2	—	—	—	—	A	A	A			O	P
	1	—	—	—	—	A	A	A	—		O	S
Humacao	1	—	—	—	—	A	A	A	—	D	O	P
Utado	1	—	—	—	—	A	A	A			O	D
Comerío	1	—	—	—	—	A	A	A			O	P

A—acidez.

D—ligera acidez o reacción.

S—reacción dudosa.

— negativo.

O—No hubo liquificación.

P—Positivo.

y el otro de bacilos de Shiga. Los pacientes procedían de San Lorenzo, Caguas, Cayey, Cidra, Utuado y Comerío. Se verificaron 51 pruebas con un resultado positivo (antígeno Flexner) en 20 casos (39.2%).

II

BROTE EPIDEMICO EN LA NUEVA PENITENCIARIA

En julio 30 de 1930 el Dr. López de la Rosa nos comunicó la presencia de un brote epidémico de disentería de gran intensidad que se había desarrollado en la nueva penitenciaría localizada en Río Piedras, avisándonos que en la enfermería del Presidio de San Juan se encontraban asilados los últimos diez casos que habían ocurrido en dicha institución.

Nos trasladamos inmediatamente al Presidio encontrándonos con que el Jefe de la Unidad de Salud de Río Piedras acababa de hacer una investigación minuciosa de los factores que podían ocasionar el mal epidémico y había dictado aquellas medidas pertinentes al caso.

Procedimos a hacer un estudio epidemiológico del brote y además se recogió la excreta de los pacientes atacados de la enfermedad y aislados en la enfermería así como también de los cuatro cocineros del campamento y una muestra de todos los alimentos que se usaban en la preparación de la comida de dicho presidio. También tomamos una muestra de agua de una de las plumas de la institución y otra muestra de un barril al lado de la cocina la cual se usaba para beber y para lavar los utensilios de cocina.

Practicada la investigación epidemiológica encontramos que en la institución había un campamento donde trabajaban 192 confinados de los cuales 38 (19.2%) habían sido atacados durante un período de tres semanas de una enfermedad epidémica caracterizada por síntomas gastro intestinales.

La epidemia comenzó durante la segunda semana de julio y durante los diez días de julio 15 a julio 25 fueron atacadas 27 personas o sea el 71% del total de casos.

La enfermedad se caracterizaba por dolor intenso en todo el abdomen, dolor a presión generalizado sobre todo el vientre especialmente en la parte baja, fiebre en un gran número de casos, vómitos y diarreas agudas con la presencia de mucosidad y sangre. Los síntomas duraban de 3 a 10 días más o menos y el paciente recuperaba. El promedio de días de enfermedad fué de 8 y el de la fiebre de 3 en los 38 casos separados como afectados por el mal epidémico gastro intestinal.

Considerando como una posibilidad la intoxicación por medio de algún alimento procedimos a llevar a cabo una investigación en relación a este asunto.

Hicimos un interrogatorio individual a cada uno de los confinados dedicando especial atención a los alimentos que había comido durante el mes de julio. Para ésto hicimos uso de los *menús* del Presidio, records de los cuales llevan en dicha Institución.

De la investigación epidemiológica llegamos a la conclusión de que no podía atribuirse específicamente este brote a ningún alimento en particular de los ingeridos por los confinados.

Sinembargo se examinaron bacteriológicamente todos los alimentos usados en la preparación del menú de los confinados (18 alimentos) con resultados negativo, pues, no se encontraron organismos del grupo "Eberthella" o "Salmonella" en ninguno de ellos.

CUADRO No. 6.

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL ESTUDIO DE LOS CASOS DEL PRESIDIO.

FECHA	Número de casos	EXAMEN DE LAS HECES FECALES			
		MACROSCOPICO	MICROSCOPICO	Bacteriológico	Días de enfermedad, al tomarse la muestra
8/26	4	Semi-líquida, poca materia fecal, ligera fetidez. Bastante mucosidad y alguna sangre.	Abundantes polinucleares, pocos linfocitos, algunos glóbulos rojos, abundantes epitelios. No se encontraron parásitos.	B. Flexner	1 - 2 - 3 - 4
10/28	5	Semi-líquida, con abundante mucosidad y salpicados de sangre, poca materia fecal, alguna fetidez.	Abundantes hebras de moco. Muy abundantes polinucleares, muy escasos linfocitos. Glóbulos rojos intactos. Abundantes epitelios. No se encontraron amibas u otros parásitos.	B. Flexner	1
11/1	1			B. Flexner	3
11/10	1			B. Flexner	2
11/17	1	Igual, la cantidad de moco poco abundante.		B. Flexner	2
8/26	6	Semi-líquida, poco moco y sangre, semi-sólida en dos de los casos. Ligera fetidez.	Igual.	Esencialmente Negativo	7 - 6 - 10 - 4 19 - 9 -
8/30	4	Sólida, aparentemente normal. (cocineros).	Ovas de uncinaria en dos. No se notaron caracteres anormales.	Esencialmente Negativo	

CUADRO No. 7.

REACCIONES CULTURALES Y SEROLOGICAS DE LOS ORGANISMOS AISLADOS.

CONTROL	No. de casos	Movilidad	Tinte de Gram	Lactosa	Glucosa	Sucrosa	Maltosa	Manito	Xylosa	Dextrina	Gelatina	Indol	Suero Flexner		Suero Polivalente	
													1:600	1:1200	1:600	1:1200
	3	—	—	—	A	—	A	A			O	P	P	P	P	P
	1	—	—	—	A	—	A	A			O	D	P	P	P	P
	3	—	—	—	A	—	A	A	—	A	O	D	P	P	P	P
	2	—	—	—	A	—	A	A	A	A	O	D	P	P	P	P
	2	—	—	—	A	—	A	A	—	A	O	P	P	P	P	P
	1	—	—	—	A	—	A	A	—	A	O	D	P	P	P	P
B. Coli	1	P	—	AG	AG	—	AG	AG	AG	AG	O	P	—	—	—	—
B. tífico	1	P	—	—	A	—	A	A	A	A	O	—	—	—	—	—
B. fecalis alcaliginis	1	P	—	—	—	—	—	—	—	—	O	—	—	—	—	—

P—Positivo.
G—Presencia de gas.
D—Reacción débil.
— Negativo.
A—Reacción ácida.
O—No hubo liquificación.

Aunque el edificio donde trabajaban estos confinados es de construcción moderna las condiciones bajo las cuales se preparaban los alimentos eran sumamente antihigiénicas. La cocina, situada en el patio central, consistía de un pequeño ranchón de madera muy mal construído que no estaba a prueba de moscas. Los utensilios usados en la preparación de alimentos eran de lo más sucio que puede imaginarse y no había absolutamente protección alguna de los alimentos antes o después de su preparación para el consumo. El número de moscas dentro y fuera de la cocina era extraordinariamente grande.

Durante nuestra visita pudimos observar que los alimentos ya cocidos permanecían en envases destapados y las moscas que los cubrían eran incontables. A poca distancia de la cocina había una zanja donde había depositadas materias fecales.

La técnica usada en el examen bacteriológico y microscópico de las excretas era en general parecida a la descrita anteriormente en el brote de 1928 con las siguientes modificaciones:

1.—Las excretas se obtenían en los primeros días de la enfermedad, eran frescas, ninguna tenía más de dos horas de tomada y se procedía a su examen inmediato.

Se usaba una dilución mayor de suero antidisintérico, esto es: 1:600 y 1:1200.

3.—Todos los organismos sospechosos se sembraban en medios de cultivo diferenciales.

4.—De los primeros cuatro casos positivos se enviaron dos cultivos del organismo aislado al Instituto Nacional de Higiene en Washington y dos al Laboratorio del Estado de Nueva York en Albany para corroboración de nuestro estudio bacteriológico.

(Nuestro estudio bacteriológico fué comprobado en todas sus partes por los informes recibidos de las instituciones antes mencionadas).

La epidemia cesó aparentemente en la primera semana de agosto no registrándose casos típicos o alarmantes durante el resto del mes. Durante el mes de septiembre apareció alguno que otro caso esporádico con la misma sintomatología de los del brote de julio. El 27 de octubre se presentaron súbitamente cinco casos nuevos con los mismos síntomas que los del brote anterior y dos días después aparecieron dos casos más. El 12 de noviembre ocurrió otro caso y el 17 otro. La sintomatología de todos estos era más o menos igual La fiebre era poca pero constante. El carácter de la excreta era típico. La evacuación era semi-líquida, contenía poca cantidad de materia fecal, ligera fetidez y cantidad abundante de mucosidades teñidas de sangre. El examen microscópico de estas excretas reveló la ausencia de amibas o parásitos, y en todas había una gran cantidad de leucocitos polinucleares, epitelios de la mucosa intestinal, glóbulos rojos y mucosidad. No se encontraron ovas de parásitos en ninguno de los casos examinados. Se examinó bacteriológicamente la excreta de todos los casos de que tuvimos conocimiento.

(Véase los cuadros No. 6 y 7.)

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1—Los datos históricos que hemos presentado tienden a demostrar que la disentería (Cámaras o cursos de sangre como síndrome) existía en Borinquen en la primera época de la colonización española. Que grandes epidemias de esta enfermedad eran fre-

cuentes "entre los naturales y extranjeros de esta isla", especialmente después de los ciclones o huracanes. Que esta enfermedad era acompañada de fiebre y que a menudo se extendía en forma epidémica por toda la isla, que solía ocasionar síncopes fatales y resultados funestos.

2—En el tercer cuarto del siglo XIX también era frecuente la disentería en Puerto Rico en forma esporádica y epidémica.

3—En los meses que siguieron a los ciclones de 1899 (San Ciriaco) y de 1928 (San Felipe) hubo en Puerto Rico un considerable aumento en el número de muertes informadas como disentería.

4—En Puerto Rico, lo mismo que en otros países civilizados la disentería ha ido en disminución progresiva siendo escasa al presente.

5—El presente trabajo es un estudio epidemiológico y bacteriológico de dos brotes epidémicos de disentería en Puerto Rico.

6—Los datos epidemiológicos presentados afirman que estos dos brotes fueron de una enfermedad gastro-intestinal de origen infeccioso, probablemente disentería bacilar.

7—La prueba bacteriológica confirma los hallazgos epidemiológicos y asegura de manera concluyente que el factor etiológico es el bacilo disentérico de Flexner.

8—Los autores que suscribimos este artículo opinamos que la disentería bacilar causada por el bacilo disentérico de Flexner existe en Puerto Rico como una entidad nosológica aparte, suficientemente individualizada, que se presenta como casos esporádicos y en forma epidémica.

Los autores desean dar las gracias y expresar su sincero agradecimiento a todos los amigos que nos han alentado en este trabajo y de una manera u otra nos han suministrado datos, especialmente al Dr. R. Lavandero; al técnico señor Saldaña; al Sr. Emilio Marrero; a los médicos y personal del Presidio y a otros muchos empleados del Departamento de Sanidad.

También deseamos expresar nuestro agradecimiento al Instituto Nacional de Higiene en Washington y a la División de Laboratorios e Investigaciones del Departamento de Sanidad de Nueva York en Albany por el estudio practicado en nuestros cultivos y por su fina cortesía para con nosotros.

RESUMEN DE LA DISCUSION

Dr. Ramón Lavandero, Jefe del Negociado de Beneficencia del Departamento de Sanidad:
El trabajo que habeis oído leer al Dr. Costa Mandry merece un comentario todo lo extenso, minucioso y objetivo que podamos hacerlo. No se trata solamente de alabarlo; se trata de criticarlo.

Considero el trabajo presentado como un estudio básico en la historia de la medicina de Puerto Rico; estudio que tendremos que tener presente desde ahora en adelante y del cual habrá que partir en las futuras investigaciones sobre disentería que se intenten en nuestro país. En este sentido considero el trabajo como algo definitivo, completo, orientador.

Por las citas históricas que lo avaloran, descripciones de autores antiguos, algunos de ellos simples observadores y no médicos, que describen lo visto con una precisión admirable y pintoresca, vemos como la disentería es una enfermedad perfectamente conocida en nuestro país desde los primeros siglos de la colonización española, que hace su aparición de una manera periódica en determinadas épocas, subsiguiente a los grandes ciclones, revistiendo la forma epidémica y afectando el status vital de nuestra

población hasta los tiempos presentes. Además de las citas históricas mencionadas podrían obtenerse otras referentes a los brotes epidémicos que aparecían en los cargamentos de esclavos negros que venían a este país y los que ocurrían en los ranchones donde se alojaba la negrada. En viejos libros de amena literatura y en los asientos de esclavos de las haciendas de caña existen datos muy curiosos y muy ilustrativos de esto que decimos.

Es particularmente interesante el detalle mencionado en la cita de Fray Iñigo Abbad sobre la causa probable a que atribuían los antiguos moradores de nuestra isla la contracción de la disentería post-ciclónica: escasez de alimento y uso obligado como tal de las raíces de "marunguey". Es decir: alimentación inadecuada. Lo mismo aproximadamente se dijo en el 1899, en la epidemia subsiguiente al ciclón de San Ciriaco. Entonces se atribuyó la enfermedad a las "habichuelas y a la tocineta" que repartía a nuestros campesinos hambrientos el ejército de ocupación. En el último ciclón vimos como ya, no solamente por el público indocto que pensó que el café importado de Colombia era el que producía el dolor abdominal y las diarreas sanguíneas, sino que alguna alta autoridad médica ensayó también la misma explicación. Ha sido valorado el dato en su justo valor por los Dres. Costa Mandry y Garrido Morales, y conviene que quede consignado por si dentro de 25 ó 30 años, en un futuro ciclón, alguien se decide a revivir la teoría alimenticia como origen de una epidemia disentérica, para negar que en Puerto Rico hubiese nunca verdadera disentería.

Los caminos que sigue la naturaleza para llegar a ciertos resultados son por lo general bastante complicados y se requiere un ingenio perspicaz y penetrante para saber analizar y llegar a una síntesis; para deshacer las antítesis y llegar a una tesis. Por eso el hombre de ciencia ha de saber enfrentarse, libre de prejuicios, con los hechos de la naturaleza; únicamente así podrá intentar una interpretación honrada de los mismos. Esto han hecho los Dres. Costa y Garrido.

El estudio verificado cumple con estas condiciones. En él se hace uso del material científico acumulado en el Departamento de Sanidad combinando números y tabulando estadísticas; de esas estadísticas tan calumniadas por algunos y tan supervaloradas por otros que no aceptan nada que no esté fundado en el cuento y recuento exacto de los puros hechos. Pues bien: "he aquí los hechos", parece decir el Dr. Costa Mandry. Es de suponer que ahora no querrá nadie despreciar las estadísticas ni negar tampoco la probidad técnica en la investigación bacteriológica practicada, pues ésta ha sido repetida y comprobada válida, llegándose a idénticas conclusiones, por laboratorios de los Estados Unidos, a los que el Dr. Costa Mandry envió especímenes de los casos estudiados.

Viene además este trabajo en un momento oportuno. Ya han transcurrido más de dos años de la epidemia de 1928 y podemos ahora juzgar de los hechos a suficiente distancia, con la suficiente perspectiva para no dejarnos ofuscar y apasionar por las conclusiones que saquemos.

Conviene hacer un recuento de los hechos para luego juzgar de lo ocurrido en la epidemia de 1928.

Pocos días después del ciclón, el 22 de octubre fuí enviado por el Comisionado de Sanidad al pueblo de Comerío para prestar ayuda en la Beneficencia Municipal en la atención y tratamiento de los numerosos enfermos que había en dicha localidad tanto en el pueblo como en el campo, con motivo de las condiciones insalubres creadas por el ciclón.

Estuve prestando servicios por espacio de 16 días, desde el 22 de octubre hasta el 10 de noviembre, excluyendo los días festivos.

Con fecha 13 de noviembre envié al Comisionado de Sanidad un informe oficial del trabajo verificado del cual copio los siguientes párrafos:

> "3—Fueron atendidos 1,003 enfermos, residentes tanto en el pueblo como en el campo. Las enfermedades encontradas fueron casi todas enfermedades vulgares, con recrudecencias de algunas que aparecían en mayor número que el ordinario en dicha localidad, tales como la grippe y la malaria. Pero lo que me sorprendió desde el primer día de mi llegada fué el número extraordinario de formas gastro-entéricas y disentéricas en adultos y niños, como tuve ocasión de notificarle a usted en mi informe preliminar. A continuación verá usted los datos más importantes obtenidos de mis records durante el trabajo.
>
> | | |
> |---|---|
> | Número total de enfermos atendidos | 1,003 |
> | Entre ellos, afecciones gastro-intestinales ;adultos, 112; niños, 147; Total | 259 |
> | De las afecciones gastro-intestinales corresponden a disentería (diagnóstico preliminar) ---------- | 128 |

Esta afección intestinal reviste hasta la fecha carácter benigno (por lo que he podido observar) habiendo solamente ocurrido dos muertes hasta la fecha de mi salida. Las edades de los casos investigados varían de 90 años el mayor a 2½ meses la menor.

La epidemia existe en todos los barrios de la zona rural, principalmente en la zona correspondiente limítrofe con la jurisdicción de Cidra y Aguas Buenas, y es mi opinión que cubrirá hsta la jurisdicción de Naranjito, no estando todavía, como no está, en su período álgido."

"4—Como otro dato de mi informe, debo agregar que tomé durante mi estancia allí muestras de excreta en los casos sospechosos y de sangre de convalescientes, para determinar aglutinación, cuyos resultados no me han sido notificados todavía. El total de muestras enviadas, lo mismo para demostrar disentería que cualquiera otra enfermedad transmisible, ha sido 86. Como dato especial y final debo notificar que han aparecido últimamente dos casos confirmados positivos de tifoidea dentro del recinto urbano."

"5—Dado el estado lamentable de suciedad en que se encuentra la población; los tanques del alcantarillado al descubierto y junto a los campamentos de emergencia desprovistos de letrinas y el considerable número de moscas que hay en el pueblo, es de temerse un brote conjunto de disentería y tifoidea que vendría a complicar la situación."

Como puede verse por esta carta que constituye un informe oficial de las condiciones morbológicas allí prevalecientes, aparece denunciada la epidemia de disentería y se apunta su posible desarrollo para el futuro. Cuando yo informaba de los hechos contenidos en la carta, ignoraba lo que en ese momento acaecía en otras regiones de la isla tales como San Lorenzo y Cayey.

Se convocó entonces una reunión en la Escuela de Medicina Tropical a la que concurrió su Director, Dr. E. B. McKinley, el Director del Laboratorio Biológico, Dr. P. Morales Otero, el Sub-Comisionado de Sanidad, Dr. A. Fernós Isern, y el que habla. Se acordó entonces un plan de ataque de la epidemia disentérica reinante y se me confió la organización del plan de tratamiento en toda la isla lo cual incluía la recolección de muestras de excreta y sangre de convalescientes para ser enviadas al Laboratorio Biológico y a la Escuela de Medicina Tropical.

Concentré mi atención en la jurisdicción de San Lorenzo y Comerío. Visité los enfermos en sus domicilios, tanto a los de la zona urbana como rural. Administré tratamiento a todos ellos y vigilé la inspección sanitaria que verificaban los oficiales de Sanidad de las condiciones de las viviendas de los enfermos.

Al terminar la epidemia era nuestro propósito hacer un estudio clínico contribuyendo así al estudio epidemiológico de los casos ocurridos y presentar un informe técnico al Departamento de Sanidad, al cual representábamos. Diversas razones y atenciones nos lo impidieron entonces.

En nuestro poder existen informes oficiales firmados por el entonces Director del Laboratorio Biológico, donde se nos confirma la existencia de bacilos tipo Flexner en los especímenes de excreta enviados para el examen y así mismo la aglutinación positiva del bacilo Flexner en la sangre de convalescientes. En el estudio presentado por los Dres. Costa Mandry y Garrido Morales quedó demostrado, a mi juicio, que la epidemia que azotó a nuestro país después del ciclón fué una epidemia disentérica; que obedeció al control sanitario; que atacó a todas las clases sociales y a todas las edades, aproximándose a la composición normal de la población; que se corroboró por los datos epidemiológicos y de laboratorio practicados y que tenía el curso clínico normal de disentería epidémica.

El brote ocurrido poco después en el Presidio tan minuciosamente estudiado por los Doctores Costa Mandry y Garrido Morales, venía a confirmar y demostrar los estudios anteriormente practicados. Si algo le falta al estudio de los Doctores Costa Mandry y Garrido Morales es un poco más de minuciosidad en la parte clínica de los casos estudiados. Por eso he creído conveniente intervenir ahora aportando los datos que poseo.

Presento un total de 253 casos que no son ni mucho menos el número de casos que tuve ocasión de asistir en las localidades de Comerío y San Lorenzo, sino casos escogidos en los que los síntomas tenían suficiente relieve para poder apoyar en ellos una demostración. En la tabla No. 8 puede verse la distribución por edades y el porciento de ocurrencia, como también el porcentaje de los casos con respecto a las edades estudiadas por Costa y Garrido con los míos y con la composición de la población según la edad. Hay alguna discrepancia entre los

datos que yo presento y los de los Doctores Costa y Garrido lo cual se debe, a mi juicio, a lo que he dicho antes, esto es, que mis casos eran escogidos y los de ellos eran tomados "at random"; sinembargo, puede verse que los porcientos que ellos obtienen se acercan más a los de la composición poblacional de Puerto Rico que los que yo obtengo.

CUADRO No. 8

Distribución de casos por edades, comparados con los casos de Costa y Garrido y con la distribución de edades en la población rural de Puerto Rico.

	Por ciento de la población de P. R. en cada edad. Censo 1920	Por ciento de casos en cada edad	
		Costa-Garrido	Lavandero
Menores de 5 años	15.4	19.5	26.5
Menores de 1 año	3.3	4.38	7.1
1 año	(*)	2.77	5.1
2 años	(*)	5.12	4.7
3 años	(*)	3.52	5.1
4 años	(*)	3.73	4.3
de 5 a 9 años	15.0	12.1	10.3
de 10 a 14 años	12.9	8.5	7.5
de 15 a 19 años	9.7	8.4	7.8
de 20 a 29 años	17.3	14.7	15.8
de 30 a 39 años	11.9	15.4	6.7
de 40 a 49 años	8.6	9.8	9.9
50 años o más	9.2	11.2	15.4
Indefinido		0.21	
Total de Casos		936	253

(*) El censo no ofrece datos separados para estas edades.

He aquí ahora los síntomas de más relieve en los 253 casos estudiados.

CUADRO No. 9

Síntomas observados en 253 casos de disentería ocurridos en los pueblos de Comerío y San Lorenzo durante los meses de Octubre a Diciembre de 1928.

SINTOMAS	Comerío	S. Lorenzo	Total
	%	%	%
Diarrea, sangre, moco y tenesmo	42.7	65.6	48.2
Diarrea, sangre y moco	24.0	11.5	20.9
Diarrea y sangre	7.3	—	5.5
Diarrea, moco y tenesmo	8.8	22.9	12.2
Diarrea y moco	9.4	—	7.1
Diarrea y dolor abdominal	5.2	—	3.9
Diarrea y tenesmo	1.0	—	0.8
Casos que no presentan diarrea, pero sí tenesmo y dolor abdominal, moco, tenesmo y dolor abdominal y sangre y moco	1.6		
TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS	192	61	253

Las distintas combinaciones de diarrea, sangre, moco, tenesmo y dolor abdominal nos dá la composición, que aparece demostrada en los cuadros 9 y 10. El dolor abdominal, como síntoma también casi común, aparece distribuído exactamente en la misma proporción en Comerío y San Lorenzo, en ambos pueblos alcalza un 62 porciento del total de los casos. El síntoma fiebre que se dió en un número bastante considerable de casos, fué moderado, es decir, con poca elevación de tempratura y ésta casi siempre al comienzo de la enfermedad. Del total de casos, 65 presentaban elevación de temperatura evidente y de los 65 solamente 8 con temperaturas muy altas los cuales se comprobaron siete portadores del plasmodium—uno con una bronco-pneumonía aguda muy grave—que aparecieron en la convalescencia de la infección disentérica. En el comienzo de la epidemia los signos catarrales eran particularmente

escasos, en cambio los dolores articulares (artralgia) inflamación de tendones, dolores lumbares, etc., fueron muy notables en los primeros casos de la epidemia de Comerío.

El dolor abdominal, de que ya hemos hecho mención como síntoma casi común a todos, era un hecho casi general pues, observábamos con curiosidad la manera como nuestros campesinos al sentarse delante de nosotros en el consultorio hacían casi todos un ademán muy característico que consistía en levantar la mano izquierda a la altura de la fosa iliaca del mismo lado y ejecutar un movimiento horizontal de izquierda a derecha a todo lo largo del abdomen. Esa actitud, constante en casi todos los enfermos, nos sorprendió por la elocuencia del gesto y lo gráfico del ademán.

CUADRO No. 10

Análisis de Síntomas en Ambos Pueblos

Agrupación por Síntomas	Por ciento del total en cada agrupación.
Diarrea	98.8
Diarrea y moco	88.5
Diarrea y sangre	74.7
Diarrea, sangre y moco	69.2
Diarrea y tenesmo	61.3
Diarrea, moco y tenesmo	60.5
Diarrea, sangre, moco y tenesmo	48.2
Diarrea y dolor abdominal	3.9
Total de Casos Estudiados	253

Creemos necesario para una mejor comprensión de la tabla anterior explicar como se ha hecho la agrupación de síntomas:

Para determinar el por ciento de casos con diarrea, por ejemplo, se contaron todos los casos que presentaron este síntoma, solo o asociado a otros síntomas; para determinar el por ciento de casos con diarrea y moco, se contaron todos los casos en que se presentaron estos dos síntomas asociados, solos o junto a otros síntomas; para determinar el por ciento de casos con diarrea, sangre y moco, se contaron todos los casos en que se presentaron estos tres síntomas asociados, solos o junto a otros síntomas y así sucesivamente, de tal modo que si se suman los por cientos de la columna correspondiente al total de casos de la tabla No. 9, en que aparecen los distintos síntomas, esta suma dará los por cientos de la tabla No. 10.

El aspecto macroscópico de las excretas era de una gran variedad desde la simple expulsión de moco blanco y sonrosado y olor espermático que se expulsaban con gran acompañamiento de dolor y tenesmo, hasta la expulsión de grandes cantidades de sangre, de aspecto enterorrágico, que mediaban una escupidera, con descamación mucosa del intestino al final de la hemorragia.

Tratamiento: En el comienzo de la epidemia pude observar que los médicos de las distintas localidades no seguían un tratamiento sistemático y que temerosos en el empleo de los purgantes salinos usaban con poca moderación los opiáceos y los astringentes dando lugar a que gran número de casos se agravaban. Cuando logré que, sin hacer caso del momento en que se veía el enfermo, se administrase como tratamiento inicial una solución de sulfato de sosa o sulfato de magnesia en pequeñas dosis hasta lograr la evacuación completa del intestino y no administrar opiáceos ni astringentes, entonces, pudimos obtener una mejoría rápida de los casos. De una manera sistemática instituímos el tratamiento en esta forma: purgante salino de comienzo a dosis moderadas; una vez logradas evacuaciones abundantes del intestino, administrábamos una "poción brasileña modificada" según fórmula:

Raíces de ipecacuana del río—2 gramos
Decocción durante cinco minutos en agua ---------- 200
Fíltrese y añádase:
Mentol ---------- 0.10
Tintura de canela ---------- 5.00
Jarabe gomoso ----------
Jarabe de opio a a ---------- 30.00
Para tomar una cucharadita cada hora o cada dos horas según indicación.

La administración de esta fórmula de la cual tenemos una práctica muy extensa por haberla administrado por mucho tiempo en la época en que ejercíamos la medicina en las montañas de la isla durante los pequeños brotes epidémicos de disentería que allí se presentaban después de las grandes estaciones de lluvia, fué de resultado altamente beneficioso según pudi-

mos comprobar poco tiempo después de instituído el tratamiento sistemático a todos los enfermos. En cambio la Emetina en inyección no fué de resultados satisfactorios lo cual comprueba la cita que hace Stitt de la opinión de Ross el cual cree que "la ipecacuana es de un gran valor no solamente en la disentería amibiana sino también en la disentería bacilar."

Suero Antidisentérico. Dado el enorme número de casos existentes a un mismo tiempo era casi imposible pretender el tratarlos uno a uno por otra medicación que no fuera la ya mencionada. Hubiera requerido un gran personal y un enorme gasto el tratamiento de los casos por el suero antidisentérico; no obstante lo usamos en algunos casos escogidos y mas bien para contrastarlos con aquellos en que usábamos otra medicación. Administramos suero antidisentérico de la casa Lederle y suero polivalente que nos facilitó la Escuela de Medicina Tropical, y preparado en el Bureau of Science de Manila.

Los beneficios obtenidos por el suero no fueron tan evidentes que nos obligasen a preferirlo y por otra parte algunos accidentes anafilácticos y las grandes cantidades que teníamos que usar nos obligaron a desecharlo prontamente; en cambio en 17 casos en que usamos el bacteriófago (lítico para bacilos Flexner y Shiga preparado en la Escuela de Medicina Tropical) los resultados que obtuvimos fueron tan sorprendentes y teatrales en sus efectos que creemos esta medicación superior a todas las hasta ahora conocidas en el tratamiento de la disentería. Los efectos curativos eran visibles en las primeras 24 horas con deposiciones formes al cabo de ellas. A casi todos a los que se le administraba se quejaban a las pocas horas de una ligera cefalalgia y un pequeño desvanecimiento o mareo.

No puedo entrar en detalles de la administración porque esto me obligaría a citar los casos uno por uno, especificando el desarrollo de la sintomatología en cada caso. El escaso número de tratamientos por este método no me permite derivar conclusiones terminantes.

Régimen dietético: Durante el momento aguda de la enfermedad la única alimentación tolerable por los enfermos que tratamos fué la de jugos de frutas y agua albuminosa azucarada y adicionada con zumo de limón.

La leche empeoraba los síntomas en la generalidad de los casos. Unicamente en algunas regiones en que la epidemia fué mas leve como en Barranquitas, ofrecían los enfermos una mayor tolerancia para la dieta láctea. Es de advretir que esta región es una de las más saludables de la isla y donde los campesinos ofrecen un aspecto de mayor vigor y capacidad digestiva.

Era un hecho de observación general que cuando desistíamos del agua albuminosa y la sustituíamos por la leche, se presentaba una recaída bastante notable en la enfermedad. Por eso la vuelta a la alimentación ordinaria la hacíamos de una manera muy gradual procurando tener a los enfermos el mayor tiempo posible con el agua albuminosa que sustituiamos por caldo de cereales continuando después con caldo de aves y lo último que administrábamos antes de volver a la alimentación ordinaria era la leche.

En los niños de corta edad probábamos antes la tolerancia a la leche usando el suero y la leche descremada.

Ruego a mis compañeros que vean en este comentario que he puesto al trabajo de los Dres Costa y Garrido un deseo honrado de aclarar de una vez para siempre lo ocurrido en la epidemia disentérica que azotó nuestra isla a raíz del ciclón de 1928.

Si nos hemos extendido en el comentario es porque creimos que los datos que hemos escogido y que aquí os presentamos servirán quizás para ilustrar el estudio de estos meritísimos compañeros y para completarlo en parte.

No nos ha movido al hacer esto ninguna vanidad personal ni deseo polémico sino una pura intención de verdad.

Dr. I. González Martínez, ex-director del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad de Puerto Rico y ex-director del Instituto de Medicina Tropical e Higiene:—Este trabajo no solamente viene a dar el último remache y la demostración plena de que la disentería bacilar está naturalizada en este país, sino que además hace un estudio minucioso e interesante de dos brotes epidémicos de la enfermedad en Puerto Rico. Negar, no digo negar, dudar siquiera que la disentería bacilar existe en el país, supone un desconocimiento de nuestra patología especial. Cualquier médico medianamente instruído que se haya familiarizado con los síntomas de la disentería bacilar y de la amibiana, encontrará que la expresión clínica de estas enfermedades aporta datos bastantes para sentar en muchos casos un diagnóstico de presunción.

De este modo se procedió siempre, cuando no se tuvieron a mano los recursos de laboratorio. Pero el cuadro clínico, por característico que sea, jamás bastará, por sí sólo, para formular el diagnóstico etiológico científicamente cierto de un proceso disentérico, porque este necesariamente ha de apoyarse en la base inconmovible del examen microscópico y bacteriológico completos del caso particular.

Y hago incapié en la inexcusable obligación del estudio bacteriológico, cualquiera que sea la información revelada por el examen microscópico ordinario, porque puede darse el caso de que, en un sujeto portador de disentería amibiana crónica explote, por infección añadida, un brote disentérico bacilar, cuya naturaleza pasará ignorada si confiamos la búsqueda al simple examen microscópico de las heces fecales. La presencia de amibas o sus quistes nos induciría a cometer el error de considerar amibiario un proceso netamente bacilar.

Ahora, refiriéndome a las observaciones del Dr. Costa Mandry sobre los exámenes que practiqué en 1911 cuando, siendo yo Director del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad se me confió el estudio bacteriológico de un pequeño brote de disentería bacilar, debo decir que, entonces, encontré cinco casos, en los cuales pude demostrar la presencia del bacilo disentérico, con los carácteres biológicos asignados al sub-tipo de Park, bajo cuya denominación los agrupé en un informe Aprovecho la ocasión de hoy para declarar que en la época en que hice mis investigaciones, se habían creado muchos subtipos de bacilos disentéricos, sobre todo dentro del tipo Flexner, subtipos que el progreso de los últimos años ha hecho desaparecer. Así, nuestros bacilos disentéricos de Park eran genuinos bacilo disentéricos de Flexner.

Dr. E. Martínez Rivera, Jefe de la Unidad de Salud Pública de Río Piedras:—Creo que no hay la menor duda en cuanto a la presencia de casos esporádicos y brotes epidémicos de disentería en Puerto Rico, y si bien recuerdo, como dice Vaughn "la epidemiología es más vieja que la bacteriología," y es lo cierto que por todos los medios desde los tiempos de Hipócrates, se ha estudiado la epidemiología de la disentería, y a través de los tiempos encontramos trabajos iguales al de los Dres. Costa Mandry y Garrido Morales, a pesar de que entonces no se conocía la bacteriología.

Los records médicos más antiguos de la India, especialmente los de Charaka y Susruta hablan, con suficiente lujo de detalles, de la disentería.

Desde los tiempos de Hipócrates (5 siglos A. D.) hasta los de Aretaeus (primer siglo A. D.) induablemente que se hicieron grandes progresos en el estudio de las lesiones disentéricas.

Galeno, Celso, Aureliano, Alejandro de Tralles, Heledio de Padua y otras autoridades médicas de los primeros tiempos de nuestra presente era, estudiaron la enfermedad y la describieron con mayor o menor exactitud.

En 1619 Bontius, médico de la Colonia Holandesa en Batavia escribió en latín un tratado sobre esta enfermedad en las Indias Orientales.

Syndenham descubrió y estudió las disenterías en Londres durante los años 1669-1672 y se dió cuenta de la curva progresiva en la virulencia de la enfermedad hasta llegar al climax de la epidemia y de la subsiguiente depresión en la misma, cosa que sabemos hoy en día se aplica a las epidemias en general.

También son de notarse los trabajos de Cleghern, quien estudió la enfermedad en Minerva durante los años 1744 a 1749, pero quien estaba desorientado en cuanto a la causa de esta enfermedad.

De los autores antiguos quizás ninguno como Pringle, quien estudió las epidemias de disentería entre los soldados Ingleses en los campos de Flandes a mediados del siglo XVIII y es de admirarse por su brillante descripción y su sagacidad epidemiológica.

El reconoció que el agente causal de la enfermedad era expelido del cuerpo en los excrementos y que mientras mas frecuentamente se movían los campamentos militares, menos oportunidad de contaminarse el suelo; que durante el verano la enfermedad era más frecuente porque las condiciones para la propagación de la misma eran más favorables y sobre todo el agente infeccioso era trasmitido y depositado en los alimentos por las moscas.

Durante la Guerra Civil Americana, Woodward tuvo la oportunidad de estudiar extensamente esta enfermedad en todos sus aspectos ya que la misma azotó los ejércitos Federales y Confederados, especialmente los últimos.

Virchof la estudió en 1871 durante la guerra Franco-Prusiana y la atribuía a origen Miásmico.

Al igual que en otros países, en Puerto Rico

se conoce la disentería desde tiempos remotos. Las referencias citadas en el trabajo de los Dres. Costa Mandry y Garrido Morales demuestran que en tiempos de antaño se conocía la sintomatología, modo de propagarse y algunos caracteres epidemiológicos de esta enfermedad.

No fué sino después de los trabajos de Shiga en el Japón (1898) y de Flexner en las Islas Filipinas (1900) que quedó de una vez para siempre esclarecido el agente etiológico de la enfermedad.

Si no tuviese otros méritos el trabajo presentado, siempre tendría el de haber dejado demostrado de una vez para siempre y sin que queda la menor duda o discusión que **en Puerto Rico hay disentería** y que ésta es producida por el bacilo de Flexner, aunque cabe la posibilidad de que otros organismos del grupo disentérico también puedan ser la causa de la enfermedad.

Nosotros siempre hemos sido de opinión que la disentería ha existido desde tiempos remotos y aún existe en esta isla como una entidad aparte con sintomatología definida.

Dr. E. Garrido Morales, Epidemiólogo del Departamento de Sanidad Insular:—Las observaciones y datos que se presentan en este trabajo son claros, específicos. Después del ciclón de San Felipe se desarrolló un brote epidémico de disentería en esta isla, que empezó en el municipio de San Lorenzo. La evidencia epidemiológica y clínica, demostraba que se trataba de una enfermedad gastro-intestinal, y que un agente infeccioso causaba la epidemia. Mas luego, tuvimos la oportunidad de estudiar clínica, epidemiológica y bacteriológicamente un brote de disentería en el nuevo presidio de Río Piedras. Este brote tenía una sintomatología exacta al brote subsiguiente al ciclón de 1928. Los casos se estudiaron clínicamente igual que en aquella época y llegamos a la conclusión de que se trataba de una enfermedad infecciosa, probablemente disentería bacilar. Se enviaron cultivos del organismo aislado de las heces fecales de los pacientes al Instiutto Nacional de Higiene en Washington y al Laboratorio del Estado de Nueva York en Albany y se confirmó que se trataba de un organismo del grupo disentérico (mannite fermenter) tipo Flexner. De modo que, como dije al principio, estas observaciones son claras, específicas, y terminantes.

Hace poco estuve en Estados Unidos y en conversaciones con un profesor de la Universidad de John Hopkins éste me manifestó que en un estado del sur se estaban realizando investigaciones con respecto al factor etiológico de la diarrea. Le pregunté si había algo publicado; me dijo que nada, pero que el encargado de este trabajo, un eminente bacteriólogo, había encontrado que un número de estos casos eran causados por el bacilo disentérico tipo Flexner, de maera que en Puerto Rico, donde el 25% del total de defunciones son informadas como diarrea y enteritis, y el total de mortalidad infantil contribuye con otro 25% del total de defunciones, fácil es llegar a la suposición de que una parte de esta mortalidad pudiera deberse a este mal. Un problema de tanta magniutd creo es esencial que se continúe estudiando para orientar por medio de bases científicas al Departamento de Sanidad en cuanto al medio de "controlar" y combatir estos problemas de Salubridad pública.

Dr. Salivia; Médico de la Universidad de Puerto Rico:—En el año 1918 mientras cursaba estudios especiales en el Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas en Nueva York, muchas veces le oí decir en sus cátedras a un distinguido y renombrado compañero continental el Dr. Simon Flexner, que haciendo estudios allá por los primeros años del presente siglo, había encontrado la presencia del bacilo disentérico tipo Flexner, en las heces fecales de soldados procedentes de Filipinas y Puerto Rico.

Dr. Ramón M. Suárez, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, 1927-30:—Yo no voy a hablar de disentería, solamente quiero hacer constar que la Asociación Médica de Puerto Rico felicita al Dr. Costa Mandry y siente gran satisfacción este año en reafirmar lo que hizo hace tres años al otorgar nuestro Comité Científico el premio "Tomás Vázquez" ofrecido por el Dr. Biamón, al trabajo del Dr. Costa Mandry, que entonces era un estudio preliminar y que lo reafirma hoy científicamente en todas sus partes.

Dr. L. L. Biamón, Presidente Interino del Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico:—Antes de dar la palabra al Dr. Costa Mandry, yo quiero decir a ustedes dos cosas: En primer lugar, que tuve la oportunidad de conferir un premio al mejor trabajo presentado durante la Asamblea Anual de 1927; y que fuí miembro del Comité Científico de aquella

fecha que otorgó el tal premio a un estudio preliminar del Dr. Costa Mandry sobre el trabajo que acaba de leerse.

Dr. O. Costa Mandry: — Al Dr. Lavandero poco tengo que contestar, su discusión es en realidad un trabajo aparte al de nosotros. Como él estuvo a cargo de la parte médica de la epidemia tuvo amplias oportunidades de estudiar los casos detalladamente desde el punto de vista clínico, y ensayar los diferentes métodos de tratamiento. Por esa razón no fuimos mas extensos y minuciosos en ese aspecto del trabajo, dejando esa parte a él. Sus manifestaciones a este respecto están perfectamente ajustadas, las tablas que presenta sobre los síntomas son en extremo interesantes, lo mismo sucede con los diferentes métodos de tratamiento ensayados.

Refiriéndome a las manifestaciones del Dr. González Martínez hay varios puntos sobre los cuales con buen acierto, él ha llamado la atención. La disentería bacilar y amibiana pueden existir a un mismo tiempo en un individuo. Hay muchos casos de disentería bacilar en los cuales se pueden encontrar en las excretas, quistes de amibas. Recordamos a este propósito la interesante conferencia dictada por el Dr. O'Connor en los salones de la Asociación Médica del Distrito de San Juan allá por el año 1928.

Nos decía el Dr. O'Connor que cuando se cicatrizaban las úlceras producidas por la disentería amibiana, a veces se formaban pequeñas bolsas conteniendo amibas enquistadas las cuales quedaban separadas del canal intestinal por una pequeña capa de tejido conectivo. Cualquier irritación o proceso patológico que rompía esa pequeña capa de tejido conectivo permitía que estos quistes amíbicos pasasen al canal intestinal y se encontrasen en la excreta.

No estamos autorizados para llamar a un caso, disentería amibiana por el mero hecho de encontrar quistes amíbicos en la excreta. Para este fin, es el concensus general de opinión, que deben encontrarse formas vegetativas de la amiba histólica, móviles y con corpúsculos rojos en el ectoplasma.

En una asamblea anual de la Asociación Médica del distrito de Guayama en colaboración con el Sr. Marín presentamos un trabajo sobre disentería amibiana (Bol. Ass. Med. de P. R. 1928, año XXI, No. 166 pág. 5-9) en el cual citábamos el crecido número de quistes de amiba histolítica que encontramos en un número de casos estudiados por nosotros. No es de extrañarse por lo tanto que en algún caso de disentería bacilar o de otras enfermedades acompañadas de diarreas puedan encontrarse quistes de amiba histolítica en las heces. En el estudio que en aquella época hicimos, solamente encontramos cinco casos que demostraban la presencia de amibas histolíticas, móviles y con corpúsculos rojos en el ectoplasma y que diagnosticamos como disentería amibiana. Debe por lo tanto siempre que sea posible hacerse un examen microscópico y bacteriológico de las heces fecales.

Con respecto a lo que informa el Dr. González Martínez sobre los tipos de bacilos disentéricos quiero manifestar que hoy día se dividen los bacilos disentéricos en tres grandes grupos:

(1) Bacilos que no fermentan manito. (Non-manite fermenting group). Entre estos tenemos como principal exponente el bacilo de Shiga.

(2) Bacilos que fermentan el manito (Mannite fermenting group) y que dividimos en dos grupos:

1—Grupo Flexner que no fermenta la lactosa y del cual es principal exponente el bacilo disentérico de Flexner.

2—Grupo de Sonne que produce una ligera acidez (tardía) en la lactosa. Este grupo de Sonne se está estudiando con detenimiento ultimamente en Nueva York y otras partes.

En la diferenciación y clasificación de estos grupos se hace uso de las reacciones o propiedades culturales y de la aglutinación con sueros producidos por los distintos grupos.

En cuanto al Dr. Garrido Morales quiero decirle que sería de gran provecho si tuviésemos los medios a nuestro alcance para hacer también en Puerto Rico un estudio completo de estas condiciones. A este respecto voy a citar un caso autopsiado por el Dr. Hans Smetana, Profesor de Patología de la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico bajo los auspicios de la Universidad de Columbia. El caso, un niño de 1 año 7 meses estaba recluído en el Hospital Presbiteriano y procedía de Santurce. El diagnóstico clínico era enteritis crónica y en la autopsia (autopsia No. 321, Marzo 1930) se comprobó patológicamente y bacteriológicamente como disentería bacilar y se aisló un bacilo disentérico de tipo Flexner.

REFERENCIAS

1.—**Acosta, José Julián.**—Historia Geográfica, Civil y Natural de la Isla de San Juan Bautista de Puerto Rico de Fray Iñigo Abbad. Páginas 446-447. Librería Acosta P. R., 1866.

2.—**Coll y Toste, Cayetano.**—Boletín Histórico de Puerto Rico, Tomo V—pág. 56. Cantero Fernández, P. R. 1918.

3.—**Costa Mandry, O.**—Observaciones preliminares sobre estudios de disentería en Pto. Rico. Bol. As. Méd. de P. R., 1928. XXI — No. 160, pág. 13-20.

4.—**Costa Mandry, O.**—Bacteriological Study of Dysentery in Porto Rico. A Preliminary report. P. R. Rev. of Public Health & Trop. Med., 1928—III—pages 259-266.

5.—**Davidson Andrew.** — Bacillary dysentery. Albutt and Rolleston System of Medicine, Vol. 2, part 2 pages 477-525, Mc Millan & Co., London, 1907.

6—**De Córdova, Pedro Tomás.**—Memorias Geográficas, Historias Económicas y Estadísticas de la Isla de P. R., Oficina del Gobierno de P. R, 1831. Capítulo 34, pág. 205.

7.—**Dumont, Enrique.**—Ensayo de una Historia Médico Quirúrgica de la Isla de Puerto Rico. Año 1875, Imprenta "La Antilla"—Habana.

8—**Fassig, O. L.**—Average monthly and annual rainfall of Porto Rico. P. R. Jr. of Public Health and Trop. Med. 1930—V. pág. 332-343.

9.—**Flexner, Simon.**—Bacillary dysentery. Bacteriology and pathology. Albutt and Rolleston, System of Medicine. Vol. 2, part 2, pg. 489-509.—Mc Millan & Co., London 1907.

10.—**Flexner S.**—On the etiology of Tropical dysentery. John Hopkins Hosp. Bul. 1900-XI-pg. 231-242.

11.—**Informe Anual.**—Boletín Oficial de la Dirección de Sanidad. Bur. of Print. Supplies & Transp. San Juan, P. R. 1912.

12.—**Junta Superior de Sanidad de Puerto Rico.**—Circular No. 3. Precauciones contra la Disentería. A. Lynn e Hijos de Pérez Moris, San Juan, P. R., 1899.

13.—**Kolmer, J. A.**—Infection, Inmunity and Biologic Therapy. 3rd. Ed., pg. 278. Saunders Co. 1925.

14.—**Military Government of Porto Rico.**—War Department (pag. 500-559) Gov't. Printing Office 1902.

15.—**Negociado de Estadística Demográfica.**—Records Oficiales del Departamento de Sanidad de Puerto Rico., 1900-1930.

16—**Oficina del Epidemiólogo.**—Records Oficiales del Departamento de Sanidad de P. R.

17.—**Ortiz, P. N.**—29th. Annual report of the Governor of Porto Rico. Fiscal year ending June 30, 1929. House document 202, pg. 453-454.

18.—**Osler, Wm.** — Principles and practice of Medicine, pg. 126.—Appleton 1914.

19.—**Osler, Wm.**—Tratado de Patología Interna. Vol. I, pg. 190. Appleton—1915.

20.—**Registro de Análisis.**—Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad de Puerto Rico, Oct. a Dic. 1928.

21.—**Roger, I.**—Dysenteries.—Frowde, Hodder & Stroughton. 1913.

22.—**U. S. Department of Agriculture.**—Metereological Station at San Juan, P. R. Courtesy of Mr. Hartwell.

Proceso histórico de la Tuberculosis en Puerto Rico. *

DR. M. QUEVEDO BAEZ

Este estudio comprende dos partes: uno, que arrastra la época más imprecisa de nuestra vida en el pasado, y otro, que arranca del punto de conjunción de nuestras dos culturas; es decir, a partir del 1898 a la fecha.

Por razones de brevedad nos referiremos, a esa primera época, en estas modestas divagaciones históricas; más por lo que brindan a la interpretación, que por lo que de estudio o enseñanza, puedan ofrecer.

Es nuestro criterio, que la historia es el mejor marco de expresión de la vida, en todas las manifestaciones de un pueblo. Es la cinta cinematográfica de acción lenta, pero contínua, en que van desarrollándose todos los accidentes y los sucesos vívidos por las generaciones, unas tras oras, mientras se mueven, a impulsos de la vida, en el escenario del mundo. La historia sigue al hombre y sigue a la humanidad en sus destinos.

Los seres humanos, constituídos en familia, en sociedad, en raza declinan, fatalmente, su resistencia ante la muerte.

Un día, todo se apaga; todo se hunde en el abismo de una tumba. Y lo que perdura, flotando, como alma de esa humanidad vencida, es sólo el pergamino, en que la historia grava permanente, cuanto fué ejecutoria digna de vivirse y de ser trasmitida a la posteridad.

La historia de cualquiera actividad, a que ella se contraiga, es un rastro luminoso digno de seguirse.

Parece que, en sus deletreos silenciosos, la historia va diciendo: por aquí pasó triunfante el hombre, pasó su pensamiento, pasó su vida.

En medicina, la historia, también, es muy interesante.

A la luz de este prisma, hemos entendido, que podía serlo el proceso histórico de la tuberculosis, en Puerto Rico.

Claro, y, por entendido, que su conocimiento, acaso ninguna revelación nueva, nos hará. Pero, sí nos dará idea de cómo fué realizándose su desenvolvimiento, en aquellos tiempos pasados, huérfanos gobiernos e instituciones sociales, de todas las preeminencias y ventajas que lleva en su favor, la época moderna, al amparo de las múltiples y maravillosas conquistas alcanzadas por la ciencia médica y por el progreso en todos los órdenes.

Y será interesante y estímulo para las mentes pensadora, dilucidar el misterio escondido, de por qué, no obstante lo trascendental del descubrimiento del agente causal de la tuberculosis; no obstante los adelantos extraordinarios, tan fecundos en éxitos, de la ciencia sanitaria; no obstante los medios de que ha procurado valerse el hombre moderno, para defenderse del terrible enemigo de la "plaga blanca"; ¿por qué, dice el interrogante del sabio, en su gabinete de estu-

(*) Trabajo leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dic. 26, 1930.

dio y dice el ignorante, aún estar la humanidad, cada día, con ímpetu más implacable, bajo el flagelo de tan cruel enfermedad?

Nada nuevo, bajo el sol, dirá la historia. Sí, pero, quizá, sí, con su auxilio, podrá la mente inquieta, desentrañar algo interesante del fondo mismo de aquello que, asomado como error bajo el polvo de lo antiguo, pudiera ser indicio de verdad útil y provechoso a nuestras pesquisas de estudio en materia de tuberculosis.

A la altura de conocimientos, en esta materia podemos ufanarnos, de muchas conquistas realizadas por los procedimientos de laboratorio y de la clínica.

Pero, humanos, ¡cuántos mundos de misterios en torno nuestro, alentando la pesquisa indiscreta de una interrogación; cuántas verdades ocultas, como crisálidas, bajo sus clámides vestales, esperando batir, un día sus alas, a la luz del conocimiento y de la vida!

¡Cuántos errores similares a los sufridos en el pasado, estaremos padeciendo en el presente!

Arriesgándonos estamos, ahora, a mantener las mismas dudas de contagiosidad, que conturbaron el pensamiento clínico en las Escuelas médicas de antiguo; no obstante el definido y aceptado principio de la especificidad.

Pero, de esas dudas, de esos errores, es que se forma la levadura de la verdad, en los vientres del tiempo y de la historia.

Parece natural que una isla accidentada, de altos relieves en los lineamientos de sus colinas y de sus feraces montañas; de frescas hondonadas y de limpias planicies; sacudida en las costas, por el azote pertinaz de su oleaje; saturado su ambiente por las puras auras del mar y las de sus campiñas; con un clima de sol fuerte, sanante; con tales condiciones, parece natural pensar, que no fuera propicio su medio, al desarrollo de la tuberculosis.

Vedad es, que, algo estuvo favorecida, por entonces, nuestra Isla, en cuanto a la escasa difusión de esta enfermedad.

Esto, acaso, dada la rareza de élla, contribuiría a la prevención, terror o miedo, que ella inspirara.

Tan pronto se acusaba la presencia de un caso, procuraba aislarse al individuo, alojándolo en habitación aparte y poniendo un personal especial a su servicio.

Llegado a extremos de muerte, las ropas del paciente y cuanto había estado a su servicio, era destruído por el fuego.

Y, aún, se iba más lejos, en estos extremos de rigor. La casa, donde ellos ocurría, era abandonada, y casi siempre corría la misma suerte final del fuego.

Tal sistema de precauciones era, en verdad, sorprendente, juzgado por nosotros, si consideramos la distancia real, en unidades de tiempo, que separaba aquella época de la actual, en la que la ciencia ha hecho tanta luz, respecto al contagio de esta enfermedad.

Aquello respondía a una manifestación espontánea del instinto que es, en todo momento de la vida, lo mismo individual, que colectiva, la reacción natural de defensa contra cualquier amenaza injuriante para la salud o para la vida.

Tal fuerza o expresión de instinto era y es humana.

Tras largas distancias de espacio y de tiempo, frente a este mismo peligro, lo habían sentido ya, de antiguo, muchos pueblos.

En los confines, casi, de la historia an-

tigua, desde Sócrates, muerto 338 años, antes de Jesucristo, según el texto de su oración "eginética", se aconsejaban medios y medidas, que debían adoptarse. Y se procuraba que el espíritu popular se aleccionara con las enseñanzas de los muchos que, en sus atareos con esta clase de enfermos, habían sido víctimas de tal enfermedad.

Aristóteles avanzaba más, en estas discretas presunciones, acerca del contagio y procuraba explicarlo.

Lo secundaba Galeno, haciéndose partícipe de esas mismas ideas que recogían y propagaban todas las Escuelas Médicas de aquellos tiempos.

Cuanto, a este respecto, prevalece desde los años 600 hasta la mitad del siglo XVIII es conteste con la doctrina del contagio.

No obstante el siglo XIX, agitado en su espíritu, por las conturbaciones de la duda, al amparo de sus sistemas medicinales extravagantes, se mantiene a la defensiva contra esa teoría del contagio.

Es del año 1754, aquel famoso edicto de u n magistrado de Sanidad de Florencia, que establecía y preceptuaba, bajo amenaza de multa, la obligación ineludible de todo médico, de denunciar, ante los tribunales sanitarios, todo caso de tisis.

Se prohibía a los propietarios el desahucio, en las casas habitadas por estos enfermos, para así evitar la propagación y que corrieran sus moradores, el riesgo de no encontrar luego donde albergarse.

Los familiares no podían enagenar o vender las ropas de sus enfermos.

Entre las recomendaciones higiénicas se contenía aquella de que de tiempo en tiempo, se hiciera accesible el aire libre, en las habitaciones.

Se aconsejaba que los enfermos no expectorasen, más que en *vasos de vidrio* o *de tierra esmaltada.*

La ropa blanca, al servicio del enfermo, debía ser lavada con lejía hirviendo, dos veces, por lo menos.

Las paredes de las casas, debían, así mimo, blanquearse y lavarse los pavimentos.

Es, por demás curioso, que fuera Italia y no otro país, donde se alzara bandera de combate contra el mal tuberculoso, poniendo en práctica, las medidas de rigor más drásticas.

¿Qué razón, qué visión especial, influía o pasaba ante sus ojos, para ser el pueblo italiano, el que se anticipara, en su siglo, a levantar muro de resistencia, contra la tuberculosis? Pueblo, con alma de artista, en su naturaleza y en sus individuos, era que estaba mejor dotado para precaverse y mirar a distancia la amenaza contra la salud y la vida?

Fernando IV de Nápoles, en 1870, promulgó un edicto, en que condenaba a todo el que se opusiera a la desinfección. Si no era noble a *tres años de galera*, y si lo era, *a tres años de castillo y* 300 *ducados de multa.*

La misma pena se imponía a los médicos, que no hicieran la correspondiente denuncia y, en caso de reincidir, a diez años de relegación.

A toda persona, que comprara ropas usadas por enfermos, *tres años de galera.*

El año 1873 todo eso promulgado y establecido queda en suspenso.

Vino la reacción contraria, en los criterios médicos, respecto al contagio.

Corresponde esto, a un período de tiempo, comprendido entre finales del siglo XVIII y principios del XIX.

Se estableció la concepción erronea

anatomo-patológica, acerca del tubérculo y, al amparo de ella se dio margen a robustecer los credos del auticontagionismo. Abundaron las opiniones contradictorias: si era era un nódulo inflamatorio, si producción extraña al organismo, con vida particular, algo así, como parásito.

Se elevó a categoría de principio científico, que el tubérculo no era más que el *producto de una irritación proceso inflamatorio que obraba sobre una parte del organismo predispuesto a causa de debilidad congénita o adquirida.*

Desde ese momento, todas las prevenciones holgaban. No había que temer al contagio.

Y eso, preconizado y establecido, en los centros de mayor cultura, ¡qué extraño, que corrientes de opinión así formadas, llegaran hasta este rinción de Puerto Rico, se acomodaran a ella y se abandonara toda medida de previsión!

Todos esos contrastes; todas esas dudas, esas tendencias y estados de opinión; unas veces, favorables a un criterio establecido y otras, son el material indipensable, en el proceso que se traza el pensamiento, frente a una verdad o un estado de conciencia a perseguir.

La verdad nació, siempre, al calor de un error, de la duda, de incertidumbre. Fué, en todo momento, el mayor aguijón para estimular la mente en su labor investigadora.

Es verdad, que duda, error e incertidumbres, son la nube de obscuridad, que cierra horizontes al pensamiento. Pero, al amparo de esa obscuridad, es que la mente despliega mejor, sus actividades. La noche del misterio es el tentador más poderoso para el espíritu, en sus ansias angustiosas hacia la claridad, hacia la luz.

En el mismo Universo, en el dosel del cielo, cada estrella, que en él parpadea, es una pupila intensamente abierta, que se anticipa en los derroteros nuevos de una aurora por nacer.

En Puerto Rico, la opinión que formulaba el instinto popular frente al criterio médico y frente al credo de las Escuelas europeas, era favorable a la contagiosidad.

Era el sentido del instinto, que, en la obscuridad de los tiempos, en plena ignorancia popular, estaba gestando el que un día, había de ser criterio de verdad, científico.

Mientras, las disciplinas sanitarias holgaban en sus dictados.

Pero el instinto se inquietaba, ante las dudas, que siempre fueron torturantes para el espíritu, y era natural, que aguijoneados en otro sentido, se aventurase a desplegar una acción de defensa, contra el mal, procurando tonificar y hacer fuertes los organismos.

Presentía la mente, una causa ignorada que minaba y abatía todas las resistencias y las dominaba, en la tuberculosis.

¿No era ello ya, un canón de doctrina, que las disciplinas de higiene establecían frente al mal?

¿Qué importaba, para los efectos de defensa, que es todo lo que hasta ahora, se ha conquistado, haber llegado a determinar el *"primum moveus"* de la tuberculosis, si todavía, a los próximos cincuenta años de haberse llegado por Koch, al descubrimiento del *bacilo*, que lleva su nombre, la terapéutica ha tenido estéril, que rendir sus armas de combate, y todo, todo su problema sobre la enfermedad, no es sino de planes de resistencia, planes de defensa?

Cincuenta años estériles, hemos dicho. Sí, pasaron; pero, al término de éllos, hay que hacer un alto y nosotros mirando muy alto hacia la cumbre, nos descubrimos frente a dos magos de la ciencia: Calmette y Guerin, que, allá, en tierras benditas de Europa en el corazón de las Francias genial, después de incesantes bregas de años muy largos de estudio, arrancan para ofrendar al mundo, algo que abre derroteros nuevos de luz y de acierto, haciendo frente, con la vacuna de su nombre, a la injuria, que en las vecindades de la cuna, el niño desventurado pueda recibir por filtros de herencia o de ambiente.

Transcurrido mucho tiempo de dudas, de ignorancia, de inquietudes, de pérdidas de vidas, inmoladas en un viacrucis de dolor y de sufrimiento; desolada la humanidad y, casi, el mundo, por el azote tenaz y mortífero de esta plaga, sino la más insidiosa, la más rebelde a todo recurso terapéutico; era natural, que todas las nieblas de obscuridad disipadas, al fin, la luz se hiciera.

Paralela con la mente del hombre que se fatiga en el esfuerzo, por conquistar una verdad anhelada; paralela a todo curso de angustia y de trabajo; marcha por senderos y rutas invisibles, otra fuerza:

Aquélla, la del hombre; la otra, quizá, la primera, la de la historia; una acaso, la profana; la que los sentidos y la mente filtran de su laberinto cerebral; la otra, de naturaleza más pura, providencial, histórica.

Al fin, Dios y el hombre o el hombre y Dios, en los caminos de la vida, se encuentran y se corre el velo espeso, que cubre siempre todo misterio.

Como la obra del proceso humano no se hace a saltos, sino por un proceso de leyes rigurosas y precisas, antes de que la piedra de toque de este magno problema de la tuberculosis; precisaba hacer antesala de rigor al descubrimiento.

Y eso y no otra cosa, guiado en su obra por luz providencial de historia, fué el experimento, más que sencillo, realizado el año 1865 por un hombre de ciencia, casi desconocido, el profesor Villemin.

Había que poner a prueba la condición del mal tuberculoso, y surgía la interrogación.

¿La materia tuberculosa vivía, se desarrollaba y hacía su obra en el organismo humano, solamente, o podía generarse y prosperar fuera del hombre, en otros organismos? Invitaba esta posibilidad a la experimentación.

Villemin la realiza y logra, po su medio, que conejos sanos y robustos, inoculados bajo su piel, se enfermen y mueran víctimas de la tuberculosis. Y es, entonces, que el 5 de Diciembre de 1865 en una comunicación dirigida a la Academia de Medicina de París, proclamó a base de experimentos que la *tubeculosis* es una enfermedad *virulenta, infecciosa* e *inoculable.*

¡Qué trascendencia de suceso; qué acontecimiento más extraordinario!

Rasgado quedó el velo, que, durante siglos, había ocultado la verdad.

Pero, si lo divino o histórico, indicaba a la humanidad, con dedo invisible, un derrotero a seguir; lo humano, aún revolviéndose en la maldad de sus pasiones, que fomentan siempe la insidia, la envidia y el egoísmo; no dejó de obstaculizar el paso franco hacia la verdad.

No obstante, aún faltaba algo.

Eso, que demostraba mucho, hacía pensar en algo extraño exógeno que vivía y

se desarrollaba en el organismo humano. ¿Qué era ello? He aquí la inquisitiva de un índice de ideación lógica, señalando un camino a seguir. Se conocía el efecto, la inducción debía buscar la causa.

Por el experimento de Villemin, se evidenció el supuesto infectivo de la tuberculosis y que era trasmisible.

Pero, aún faltaba esclarecer, si la materia tuberculosa inoculada, transmitía la enfermedad por *acción química;* si era un virus o si era algún agente de naturaleza microbiana.

La primicia de esta revelación a base de los trabajos de Pasteur estaba reservada a Roberto Koch quien gloriosamente completó la obra excelsa y grandiosa de Villemin, descubriendo el famoso bacilo de su nombre, en 1882.

La ciencia, la humanidad vieron, con ello, dos caminos abiertos; uno, el que trazaba, para ulteriores estudios e investigaciones sobre su naturaleza; otro, el más útil, beneficioso y extraordinario: el que se trazaba para la defensa contra el mal, el de la profilaxis de la tuberculosis.

Quizá, si llegamos cansados, después de esta revuelta; cuando dejamos muy atrás, nuestro primer sendero, al estudiar el curso histórico de la tuberculosis, en nuestro país.

Pero, esa historia era necesaria: era el marco, en que debía encerrarse nuestro trabajo.

Vamos pues, adelante.

Ese instinto de gentes viendo en una enfermedad, algo funesto para el individuo y para la comunidad, al mismo tiempo, que es luz de un conocimiento o verdad en el futuro; traducía a la vez un sentimiento de miedo y de terror, ya que las manifestaciones de esta enfermedad son bastante a producirlo.

El tísico no ya el tuberculoso, es un verdadero espectro humano.

Lindando, ya, con la muerte, todas las estructuras han perdido sus moldes y sus lineamientos.

Dijérase de un tísico, que la muerte, con carácter de vida, busca transparencias, para asomarse por aquellas cuencas hundidas y vacías, que antes fueran ojos y que burlando la cavidad, donde tuvo el verbo del pensamiento su trono, por donde la vida, en sus treguas de placer, dejó asomar, alegres sus sonrisas; por allí, la mueca al descubierto, deja ver sus hileras blancas, estercolipadas en el último mordisco, con que la muerte injurió y venció a la vida.

¡Desfigurado un rostro, que la naturaleza con su pincel de artista vació en su hermoso lienzo las líneas de trazos irrepocables y contornos y perfiles, que enaltecieron, un día con su belleza, la magestad de un conjunto.

Todo eso, un día vulnerado; la careta del dolor, de la ruina y de la miseria, físicos, dando faz a un sér que, de fiebre, se quemó en propia combustión; a un sér que se debate en los horibles trances de la asfixia y de la angustia y que en colapso de inhibición, sus pulmones, renuncian a ser Jordán donde se laven las impurezas de la sangre.

Y la fatiga, en sus roncos estertores, como en un arpa de angustia, rimando la macabra agonía que halla paz plácida en la muerte.

¿Favorecían el clima de nuestra Isla, su topografía, las costumbres y algunas otras circunstancias, al desarrollo de la tuberculosis?

Un médico ilustre, clínico de aquellos tiempos y dotado de un gran espíritu de observación, el Dr. Dumont, consideraba, que existían, bajo el punto de vista de la topografía, dos condiciones de Isla, en la nuestra: la de la costa y la de las alturas, y asignaba, a la emplazada en sus costas, las enfermedades que eran propias de los trópicos y a la enclavada en las montañas, las enfermedades de los países templados.

Daban, estas dos formas, frentes distintos al desarrollo de la tuberculosis.

Prevaleciendo una temperatura más suave, en las alturas; gozando, sus habitantes, de aire más puro y habiendo, por la condición del suelo accidentado, más facilidad, para el arrastre, por las lluvias, casi frecuentes, de los despojos de toda materia orgánica de deshecho y en descomposición; podía presumirse gran ventaja de vida de estos habitantes, sobre los que habitan en la costa, injuriados, no sólo por los ardores de ésta, sino, porque, ya constituídos, en núcleos de población, cargan, para su condición de vida y de higiene con el fardo de costumbres, de pasiones y de vicios que, siempre se fomentan en los pueblos, a medida que la vida se refina, a base del progreso y de la cultura.

La vida del campesino tuvo que ser entonces, y debiera serlo ahora, más pura, más temperada, más honesta, más en armonía con leyes e influencias de la misma Naturaleza.

Un factor de gran significación, a este respecto, en cuanto a la menor injuria por la tuberculosis del hombre de montaña o de altura, es el que deriva su influencia, de los rayos solares.

La dirección oblicua de las colinas y de tierras accidentadas en altura, favorece la acción de los rayos del sol, haciéndolos de tono más suave, y quizá, más beneficioso, en sus efectos, para los organismos.

Ya, en la época de estas observaciones, se reconoce, que la tuberculosis señala un grado de progreso en sus avances.

Y cuidado, que hablamos de muchos años a la fecha.

Pero estas exaltaciones, quizá periódicas, de progreso en la tuberculosis, en Puerto Rico, antes que desvirtuar, afirman lo que nosotros creemos un dictado ley, respecto a ciertas enfermedades.

¿Puede dudarse, que la *"sífilis"* el *"cancer" y la "tuberculosis"* marchan aventadas y, en auge de avance, por la misma civilización?

Esta, indudablemente, coopera, con todo su cohorte de influencias, al mantenimiento y desarrollo de cuanto sea materia injuriante a la integridad de la salud y de la vida.

Las prácticas de una condición sanitaria, en un núcleo de población, están vulneradas y puestas en conflicto, por las costumbres y modo del vivir ciudadano.

Es indudable, que se aprestan las mayores y las mejores medidas sanitarias; que se ponen en juego, los más modernos y eficaces recursos, para hacer sano al individuo y a la colectividad. Al fin es la política defensiva de todo pueblo civilizado.

Pero, ¿no es verdad, que la vida de población o de ciudad, desmembra al individuo de sus más íntimos contactos con la Naturaleza?

¿No está en desventaja, todo el arsenal de medios sanitarios de que dispone la ciencia con el caudal de artificios, de trangresiones de adulteraciones, que el rigor refinado de las costumbres impone,

bajo sus fueros o dictados civilizados?

¿No son los vicios una contribución satélite, de la vida civilizada?

¿Qué es la moda, qué es el apretamiento de vida, que se vive en los núcleos grandes de población? ¿Qué es la lubricidad con que el instinto sexual, enmascara y profana el amor?

¿Qué es el arma de resistencia a la vida, que la sociedad de nuestros días, pone en su cuna a la vida, cuando auspicia el nacimiento?

¿Qué es esa distorsión de los sexos, desplazados, cada cual, de su ingénita condición?

¿Qué prisa de inquietudes, atosiga a la vida, haciéndola ir tan aprisa?

¿Por qué mientras, los códigos sanitarios forjan moldes de vida favorables a la conservación y defensa del ciudadano y velan y procuran que ningún mal físico lo injurie y menoscabe; andan, en tropel, los vicios y en asalto, las pasiones envenenadas las almas y destruyendo cuanto aquéllos quieren proteger?

Todo esto fruto de la civilización, disociando al individuo de su consorcio fraterno con la Naturaleza, no es acaso, una contribución para el fomento y desarollo de todo mal o enfermedad.

¿No hemos roto fronteras, aproximando los pueblos; no hemos aumentado todas las líneas de tráfico, para hacer los cáuces francos del comercio, de la industria y de la cultura, en general.

Pues por nuevas fronteras abiertas; por las líneas de movimiento del tráfico trazadas, los fardos de la cultura avanzan y, allá, donde éllos vayan y adonde éllos lleguen; irán, por sorpresa, los gérmenes de las enfermedades todas, aprestándose, así, a regular el equilibro que, la misma civilización, con sus demandas, su estructura y sus imperativos requiere, poniendo, en íntimos ajustes de creación y de destrucción, a la vida y a la muerte.

Puerto Rico, por su aislamiento, en aquellos tiempos en las soledades del mar; sin gran movimiento de contacto, por la escasez de medios de relación con otros pueblos; sin líneas abiertas y francas en sus vías de comunicación; por su vida de remanso y de quietud, en lo agreste de sus campos; por sus costumbres y hábitos morigerados; por todo esto, Puerto Rico parecería haber podido aislarse en sus tiempos pasados, de todos los peligros, que, para la difusión de la tuberculosis, le ofreciera la vida civilizada.

Sin embargo, como todo lo que daña no viene empacado de lo externo, sino que hay otro ambiente, casi interno, que influencia los organismos y que pone, también, a contribución sus factores, no será vicioso que los busquemos y los señalemos.

Es sabido que existió algo que cristalizó antes y ahora, en una costumbre, en relación con la familia.

Fué muy nuestra la costumbre establecida, generalizada en todas las épocas de nuestra historia, de los matrimonios consanguíneos.

Esto tiene dentro de la Fisiología y la Zoología todas las características de una agresión a los organismos y a la especie.

La vida de las especies, dentro del orden de la Naturaleza, es constante evolución de perfeccionamiento.

Cada tipo morfológico, quiere aún dentro de sus líneas, perfeccionar el tipo que le es propio, tomando de otro, por cruzamientos, lo que de aquél es superior y característico.

Es, a guisa de éso, solamente, que la

Naturaleza, que condena los avances por saltos, hace sus invisibles avances evolutivos.

La gran familia, que llena el reino orgánico en la Naturaleza, no es sino la gran cadena de seres, que, eslabón por eslabón se prendieron invisibles desde el microsario hasta el perfecto tipo humano.

A no ser por ese intercambio y ese ideal de perfección con que el instinto sexual ha guiado las especies, la evolución de los seres se habría estabilizado en una inercia estéril e infecunda.

Los cruzamientos consanguíneos son un alto en la continuidad del avance y perfeccionamiento de la raza y, en su virtud, establecen una pausa de inmovilidad un estancamiento de la especie.

Ello trae debilitación, resta de fuerzas, desviaciones en el tipo de la descendencia, deformaciones, monsruosidades, etc.

¿Qué es y representa todo esto, sino algo que compromete el mejor y más favorecido desarrollo del tipo humano? Esto, ¿no crea así, un mejor terreno para que en esos tipos resultantes, crezca y se desarrolle, de preferencia a otros, el mal tuberculoso?

Atildadas, por demás, nos parecen las observaciones del juicioso clínico, Dr. Dumont, que paró mientes en problema de tan seria condición y de tal trascendencia.

Los matrimonios consanguíneos fueron de aquella época, y los son todavía, de la actual en nuestro país.

No aquilatamos el valor que tenga como contribución al problema de la difusión tuberculosa; pero lo apuntamos con la reserva, que nos inspiran aquellos problemas cuya interpretación requiere el fino y discreto análisis y el plano demostrativo de la observación.

La clínica moderna hija de estos tiempos de especulación razonadora, que va siempre de la causa al efecto, ha puesto su índice en la dirección del bacilo productor de la tuberculosis. Y en ese derrotero, ofuscadas las mentes en esa busca, quizá, si otros factores de condición y de ambiente, se han mirado con desvío o indiferencia.

Muy de entonces, de aquellos tiempos pasados, es la apreciación que se hacía de las fístulas rectales, en sus relaciones con la tuberculosis.

No fué ello verdad espurgada en los libros, sino creencia que la imaginación popular imponía y aceptaba.

Pero fuerza de razón parecía tener, al filtrar el hecho, por la observación.

Afirmábase, entonces, que constante, en muchas ocasiones, con la tuberculosis, representaba un *alivio de los síntomas y una disminución en la rapidez de su marcha.*

Y se constataba, también, que aquellas formas latentes de tuberculosis, se desarrollaban y empezaban, con la operación de dichas fístulas.

A este respecto, frente al hecho percibido del alivio y de la marcha lenta del proceso tuberculoso, se sugería el imitar, artificialmente, a la Naturaleza, provocando por una operación en el rafe medio del periné, una fístula. Era ello la aplicación del llamdo sedal.

Pero esto, que quizá, la mente de los contemporáneos, encuentre extravagante, ¿no nos lleva al recuerdo de lo que, hasta hace poco, se practicó, con el nombre de abceso de *"fijación"*, no precisamente, para contrarrestar al mal tuberculoso,

sino, como recurso terapéutico en procesos infecciosos del pulmón?

Hay una observación, que merece ser considerada. Es la relativa a la *tisis* tardía de la edad madura y de la vejez, que pareció en aquellos tiempos ser más frecuente.

Claro, que ese concepto tiene, acaso, su explicación.

¿Era acaso, por desconocimiento de la tuberculosis infantil y de la pubertud?

¿Tenía el niño de antes, más privilegios de vida que el de ahora, a pesar de todas las atenciones y de todo el esmero que la sociedad dispensa al niño en el presente?

Más en íntima relación con la Naturaleza, los individuos de entonces; más en conorcio con élla y más alejados de todo cuanto el progreso de los tiempos ha restado de bienestar, de sosiego, de paz y de vida al hombre moderno; más sana y naturalmente alimentado, tenían también, más probabilidad, de salud y fortaleza las generaciones para rendir mejor tributo a la descendencia.

Todavía, dentro de un plazo, que no es vedado penetrar, debemos proclamar que, aún en la Escuela antigua, el niño no tenía el agobio, la tortura que la instrucción de hoy le impone.

Sin grandes aglomeraciones en las escuelas, ¿podía presumirse, que fueran éllas centros de posible trasmisión de contagio tuberculoso?

El hecho que presenta la historia de entonces, es, que lo más frecuente en el niño eran los procesos *escrófulosos cervicales*, y, por ese puente pasaban, quizá, latentes o enmascarados, las formas tuberculosas para, un día, en planos avanzados de edad madura, manifestarse en pleno desarrollo.

La tuberculosis en adultos, verdadera, formas éticas o consuntivas, parecían dominar, así como también, las formas hemoptóicas.

Actualmente, sin negar que estas formas en adultos son bastante frecuentes, parece, sin embargo, que prevalezcan mas, las infantiles, ya que son, no sólo débito de ambiente y, tal vez, si de herencia, (si ésto es admisible), sino el producto, en la descendencia, del mal vivir, de estrechez, de la miseria y del fardo grande de pasiones, vicios malos y nocivos hábitos, que arrastra élla, en el nacimiento.

La niñez se asoma hoy, a las puertas de la vida, esquilmada, escuálida, lánguida y desnutrida, quizá sin taras directas tuberculosas; pero, en tramos próximos, con el fardo de un ambiente infectivo, ya que organismos así, son los más apropiados para que el mal alimente y desarrolle en éllos, sus nocivos gérmenes.

Todo esto aquí expuesto, acaso no nos diga nada nuevo.

Pero, si consideramos nuestro grado alto de adelanto en las ciencias médicas y en prácticas sanitarias; si consideramos el derrumbe de humanidad, que víctima de la tuberculosis, cae vencida por la muerte; si vemos cuán estériles parecen cuantos esfuerzos se despliegan frente a la ola arrolladora, que nos invade; una gran verdad, quizá, podamos derivar de todo ésto: y es que el portaestandarte de la civilización, a la vez que pregona nuestros grandes adelantos, va arrastrando el lastre doloroso y fatal de la plaga blanca.

¡La tuberculosis, como la sífilis, como el cáncer, del brazo fraterno de la civilización!

NOTICIAS MEDICOS - SOCIALES

Reunión de los Graduados del Jefferson Medical College.

El día 25 de enero se reunieron en el barrio Real de Patillas, en una quinta del Dr. Pablo M. Bonelli, los médicos graduados del Jefferson Medical College de Filadelfia.

Veinticuatro graduados de casi todas las clases de Jefferson, desde la del 1904 hasta la del 1929, estuvieron presentes, y, después de participar de un espléndido almuerzo ofrecido por el Dr. Bonelli, celebraron una reunión y acordaron la organización del Alumni de Jefferson Medical College en Puerto Rico.

Fué acuerdo también invitar al doctor Chalmers DaCosta, Profesor de Cirugía del Jefferson Medical College, para que venga a Puerto Rico a dictar una serie de conferencias bajo los auspicios del Alumni.

En el acto estuvieron presentes, además de los graduados de Jefferson, el nuevo Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. Manuel Díaz García, y el Secretario de la Asociación, Dr. O. Costa Mandry.

Reunión en Cayey.

El día 25 de enero se efectuó en Cayey una asamblea antituberculosa para tratartar de unir en una sola entidad a todas las Asociaciones particulares que hacen lucha antituberculosa en Puerto Rico. Esta asamblea, al igual que otra asamblea anterior que tuvo efecto en el Ateneo de Puerto Rico el día 11 de enero, fué organizada a iniciativas del Departamento de Sanidad y de la Asociación Nacional de Tuberculosis, representada por la Srta. Jessamine Whitney, Secretaria de la Asociación, quien está de visita en Puerto Rico.

La Asamblea fué presidida por el Dr. A. Fernós Isern, Comisionado de Sanidad Interino. En ella se acordó formar una nueva Asociación Antituberculosa, de carácter particular, que se llamará Asociación Antituberculosa de Puerto Rico, e incluirá a todas las ligas y comités antituberculosos localizados en distintos puntos de la isla.

Esta nueva Asociación tendrá a su cargo la campaña de sellos de navidad y cooperará con el Departamento de Sanidad en la lucha antituberculosa.

"Boletín Americano de Patología Clínica".

Con este título se publicó durante el mes de enero el primer número de esta interesante revista, órgano oficial de la Asociación Americana de Patólogos Clínicos.

Por los artículos en el primer número, por la forma de presentación, y por los autores que cooperan en dicha empresa, no dudamos que éste será uno de los primeros boletines en el futuro.

Felicitamos al nuevo colega y le deseamos toda clase de éxitos en su nueva vida.

El Dr. Ramón J. Sifre,

Vicepresidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, ha sido nombrado por el Gobernador Roosevelt como miembro del Board de Examinadores Médicos de Pto.

Rico. La Asociación Médica de Puerto Rico se siente altamente satisfecha de este nombramiento que acaba de hacer nuestro Gobernador.

Dr. Pedro N. Ortiz,

En compañía de su señora e hijos embarcó hacia Estados Unidos el día 15 de enero de 1931. El doctor Ortiz fué Comisionado de Sanidad de Puerto Rico durante ocho años y en ese tiempo tuvo la cooperación y simpatía de toda la clase médica de Puerto Rico. Con profundo sentimiento le vimos partir y le deseamos toda clase de suerte y éxito en su nueva empresa.

Hospital Mimiya

El domingo 8 de febrero tuvo lugar la reapertura del Hospital "Mimiya", propiedad del Dr. Ramón M. Suárez, expresidente y miembro distinguido de la Asociación Médica de Puerto Rico. El nuevo hospital consta de 4 pisos que acomodarán 40 enfermos y será dedicado a toda clase de casos (exceptuando tuberculosis activa y enfermedades contagiosas). Está dotado de un Laboratorio completo, un cuarto especial para tratamiento del asma, un aparato de cardiogramas, metabolismo basal, cuarto especial para cistografía y toda clase de exámenes urodológicos, una unidad completa de Rayos X y escuela y casa para enfermeras.

La Facultad del Hospital queda compuesta como sigue:

Dr. Ramón M. Suárez—Director,
Francisca González, R. N. —Superindenta.
Dr. P. Gutiérrez Igaravidez,
Dr. José S. Belaval,
Dr. O. Costa Mandry,
Dr. E. García Cabrera,
Dr. Carlos E. Timothee,
Dr. Julio E. Colón,
Dr. R. Rodríguez Molina,
Dr. José B. Caso,
Sr. S. Sierra Amalbert,
Sr. Luis G. Hernández,
Dr. M. Pavía Fernández,
Dr. R. Bernabe.
Dr. Arturo Carrión,
Dr. L. Pereira Leal.

El Dr. Malcolm H. Soule y Dr. W. C. Von Glahn

de la Universidad de Michigan y de la Universidad de Columbia respectivamente, se encuentran en la Escuela de Medicina Tropical como visitadores. Durante su estadía en Puerto Rico darán varias conferencias en dicho centro.

Nuevo Decano de la Universidad de Columbia.

El Dr. Willard C. Rappleye de New Haven ha sido electo decano del "College of Physicians and Surgeons" de la Universidad de Columbia para substituir al Dr. Darrach por renuncia.

El Dr. Rappleye desempeñaba hasta ahora el puesto de Director de la Comisión de Educación Médica y era profesor de Administración de Hospitales en la Universidad de Yale y Director del New Haven Hospital.

Dr. Carrel recibe el Premio Nordhoff-Jung

El premio dado al mejor trabajo sobre el cáncer durante los últimos años e ins-

tituído por Dr. Sophie A. Nordhoff Jung fué concedido por el voto unánime de la Comisión encargada de su adjudicación al Dr. Alexis Carrel del Instituto Rockefeller. La Comisión estaba compuesta de los profesores Borst, Doderlein, Von Rowberg y Sewerbruch.

Tratamiento del Envenamiento por Monoxido de Carbon con el Tiosulfato de Sodio.

Los Dres. Rouslacroix y Legrama de Marsellas confirman el descubrimiento del Dr. Artault de Vevey (París), obteniendo sorprendentes resultados en el tratamiento de varios envenenados con monoxido de carbon usando el tiosulfato de sodio. Para más rápidos resultados usan 25 cc. de una solución al 10% por la vía endovenosa.

Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Durante el mes de enero se reunió la Asociación Médica del Distrito de San Juan y eligió la siguiente directiva:

Dr. J. R. Rolenson, Presidente.
Dr. A. L. Carrión, Vicepresidente.
Dr. A. Oliveras, Secretario.
Dr. E. Martínez Rivera, Tesorero.

Delegados a la Asociación Médica de Puerto Rico

Dr. E. Fernández García,
" R. Bernabe,
" E. Garrido Morales,
" V. Font Suárez,
" J. Serra Chavarry,
" L. Figueroa.

Comités nombrados por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Científico

Dr. E. Fernández García
" J. H. Font
" E. Koppisch
" E. Garrido Morales
" O. Costa Mandry.

Junta Editora

Dr. I. González Martínez
" R. J. Sifre
" E. García Cabrera
" M. Juliá
" L. Figueroa
" O. Costa Mandry.

Propaganda

Dr. M. García de Quevedo
" Carlos González
" V. Font Suárez
" F. Sánchez
" B. Dávila.

Legislación y Política

Dr. L. Figueroa
" B. Herrero
" Martha Robert
" F. M. Susoni.

Salud Pública y Educación

Dr. A. Fernós Isern
" P. Gutiérrez Igaravidez
" C. Domínguez
" M. Carreras.
" A. Oliveras.

Finanzas

Dr. José S. Belaval
" J. H. Font
" E. García Cabrera

Dr. R. Rodríguez Molina
" Martha Robert
" O. Costa Mandry.

Beneficencia

Dr. J. M. Armaiz
" H. F. Carrasquillo
" L. Pereira Leal
" J. Barreras
" A. Otero López.

Suplentes

Dr. H. Caso
" A. Navas Torres
" J. Igartúa
" V. Gutiérrez Ortiz
" L. García de Quevedo.

Anuncios y Reclamos

Dr. R. Bernabe
" R. Rodríguez Molina
" L. Salivia
" R. Berríos Berdecía
" L. García de Quevedo.

Medicina Forense

Dr. Luis M. Morales
" R. Lavandero
" M. de la Pila Iglesia
" S. Riera López.

Seguro Médico

Dr. J. M. Santiago
" A. Montalvo Guenard
" E. Martínez Rivera.

REVISTA DE REVISTAS

"VALUE AND DURATION OF INMUNITY CONFERED BY ANTIDIPHTHERITIC ANATOXIN"

G. Ramon and Robert Debré.
American Journal of Diseases of Children
Vol. 41—Jan. 1931, No. 1—page 1.

Ramon, profesor del Instituto Pasteur, quien originó el uso de la toxina diftérica atenuada por el formaldehido (anatoxina) y que los americanos llaman "toxoid" para producir en el hombre inmunidad activa contra esa enfermedad, hace en colaboración con Debré y los Dres. Mozer M. y G. y el Dr. Pichot un interesante estudio inmunológico.

Afirman como un hecho familiar que tres inyecciones de anatoxina producen una reacción Shick negativa en 95% de los casos. Esta prueba positiva, dicen, demuestra solamente que el suero contiene una cantidad de antitoxina específica equivalente a una unidad Ehrlich. Estudian entonces las fluctuaciones que la inmunidad puede sufrir en el transcurso de los años después de la vacunación llegando a las siguientes concluciones:

1.—Cuatro años después de la vacunación solamente 2.5 por ciento de los sujetos no presentaban inmunidad protectora.

2.—En los pacientes que tienen un alto grado de antitoxina en su suero (un poder antitóxico sobre 1/10 unidad)—se encontraban 95% de los que habían sido vacunados hacía más de 4 años, 95% más de 3 años, etc. Figuras que demuestran que el factor antitóxico del suero no disminuye con el transcurso del tiempo.

R. M. Suárez, Santurce.

SONNE DYSENTERY

A report of 30 cases in children
Richard L. Nelson.
American Journal of Diseases of Children
Vol. 41—Jan. 1931—page 15.

El organismo causal en estos casos, fué por algún tiempo considerado como una forma atípica del B. Flexner hasta que prepararon suero inmune en conejos usando un cultivo conocido de B. Sonne obtenido de la "American Type Culture Collection" de Chicago. El bacilo Sonne pertenece al grupo que fermenta manito (Flexner, Strong). También fermenta "rhamnose", propiedad ésta que poseen solamente algunas de las formas raras del Flexner. Lo que caracteriza al B. Sonne es que tarda de 3 a 6 días en acidificar o fermentar lactosas, siendo ésta la razón, según el autor, por la cual no se diagnostica bacteriológicamente más a menudo esta forma de disentería.

Clínicamente, la enfermedad, hasta en sus formas más severas produce una mortalidad baja. Empieza súbitamente, con fiebre, irritabilidad, anorexia o con vómitos y convulsiones. La diarrea se presenta a las pocas horas en frecuentes y pequeñas cantidades de agua verdosa que contienen moco, pero no contienen sangre. Solamente al final puede haber pequeñas estrias de sangre. La fiebre se mantiene alta por 4 ó 5 días. En los 30 casos reportados solamente hubo una muerte.

La cantidad de sangre en las deyecciones ayuda al diagnóstico diferencial entre esta infección y la infección producida por el B. Flexner. En esta última las deposiciones consisten generalmente de sangre pura y mucosidad.

El diagnóstico se hace aislando el organismo de las excretas. La ausencia de una reacción de aglutinación positiva no excluye la posible infección.

R. M. Suárez.

THE TREATMENT OF THE NASAL PASSAGES AND THE EYES WITH CHAULMOOGRA OIL IN LEPROSY.

Theodore J. Dimitry.
The American Journal of Tropical Medicine
Vol. XI—No. 1—page 65.

El autor usa actualmente el derivativo ester etilico puro: "chaulmestrol" en instilaciones directas a los ojos habiendo previamente anestesiado la cornea y atomiza las cavidades nasales con el aceite o sus derivativos.

Una investigación cuidadosa de la cavidad nasal y de los senos accesorios es de importancia curativa, pues la presencia del agente causal en estos tejidos explica probablemente los

ataques repetidos de inflamación de los ojos y puede igualmente explicar la corta duración de la enfermedad.

R. M. Suárez.

A COMPARISON OF THE ANTIRACHITIC EFFECTS OF WINTER AND SUMMER SUNSHINE IN COLORADO.

Robert C. Lewis, G. M. Frumess & H. B. Stein.
American Journal of Diseases of Children
Vol. 41—Jan. 1931—page 71.

Habiendo otros autores (Forbes and Green) reportados la baja incidencia de raquitismo en Colorado, confirmado con estudios radiológicos más tarde por esos mismos autores y Stephenson, Lewis, Frumess y Stein en este trabajo hacen un estudio comparativo cuidadoso de los efectos antiraquíticos de la luz solar en invierno y en verano.

El porcentaje de luz solar en Denver (Colorado) varía entre 60 por ciento en Mayo y 71 por ciento en Diciembre y tiene la ciudad una humedad baja de un promedio de 53 por ciento.

En el experimento usaron tres grupos de ratas albinas (machos), las que pusieron a una dieta antiraquítica de Mc Collum, número 3143, le hacían exposiciones solares y cada grupo fué observado alrededor de 42 días, llegando a las siguientes conclusiones:

1.—La luz solar en invierno en Colorado contiene una alta concentración de luz ultravioleta biológicamente efectiva.

2. — No encontraron (como encontraron Tisdall & Brown en Toronto), que hubiera un aumento en la cantidad de radiación ultravioleta alrededor del día 1ro. de mayo.

3.—No existe diferencia notable entre el efecto antiraquítico de la luz solar en invierno y en verano en Colorado.

4.—La gran acción antiraquítica de la luz solar en Colorado durante todo el año puede ser explicada por la razón de que ondas cortas de radiación llegan hasta la tierra debido a: (1) el alto porcentage de luz solar en invierno; (2) una humedad baja y (3) por la pequeña cantidad de humo en la atmósfera.

R. M. Suárez.

THE KLINE PRECIPITATION REACTION AS AN ADJUNCT TO THE COMPLEMENT FIXATION TEST IN THE SEROLOGICAL STUDY OF SYPHILIS

ROBERT A. KILDUFF

American Journal of Clinical Pathology
Vol. 1, No. 1, Jan. 1931, pg. 69-76.

El status de las diferentes reacciones de precipitación en el estudio serológico de la sífilis, ha sido objeto en los últimos años de discusiones y trabajos extensos.

Originalmente estas reacciones se recomendaban como un sustituto a las difíciles pruebas de fijación de complemento. De las numerosas investigaciones practicadas se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1—Las reacciones de precipitación son mucho más rápidas en su ejecución que las de fijación de complemento.

Aunque más fáciles en cuanto a la técnica, estas pruebas de precipitación no son tan simples en cuanto al fenómeno del mecanismo envuelto y están por lo tanto sujetas a errores técnicos como las otras.

3—La reacción de Kahn como prototipo de reacciones de precipitación debe dejarse en manos de aquellos que han tenido experiencia y estudios en la misma.

4—La interpretación de algunos resultados en estas reacciones requiere preparación especial y por lo tanto esta prueba no es ideal para hacerse en oficinas de médicos que no han tenido preparación especial en este sentido.

El autor comenta muchas fases de las reacciones de precipitación al igual que el acuerdo que se tomó en la conferencia de la Liga de las Naciones, que llegaron a la conclusión de que estas reacciones de precipitación eran muy sensitivas a las más pequeñas diferencias en condiciones experimentales, y por lo tanto sujetas a tantos errores en la ejecución como en la lectura de la prueba.

El autor dá los resultados obtenidos con una de las técnicas de precipitación o sea la técnica de Kline. Somete cuadros demostrativos muy interesantes y llega a la conclusión de que este método es bueno para hacerse conjuntamente con una reacción de fijación de complemento en el diagnosis de la sífilis.

O. Costa Mandry.

BRUCELLA ABORTUS IN PUERTO RICO

DR. P. MORALES OTERO

Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine.—Vol. ,6 No. 1, Sept. 1930, pg. 3-88.

Este trabajo es un estudio extenso y detallado de todas las fases del problema. Contiene extensa literatura y trabajo experimental hecho en Puerto Rico. El trabajo en sí es una monografía y en él se encuentra un survey de todas las vaquerías en los alrededores de San Juan con el porcentaje de las aglutinaciones positivas de la sangre de estos animales hacia bacilos abortos. También presenta un gran número de sangres rutinarias a las cuales se le hizo aglutinación para bacilo aborto. El autor presenta varios experimentos hechos por él con respecto a la enfermedad. También presenta la patología de las lesiones producidas en animales inoculados. Citamos su muy interesante resumen y conclusiones.

El aborto endémico en el ganado de Puerto Rico se reconoció en 1923 y apesar de las medidas que se tomaron se dispersó rápidamente por toda la isla. La luz solar tiene un efecto inhibitorio en cultivos de bacilo aborto. La vacunación con cultivos vivos en animales ha dado resultados superiores a la de cultivos muertos. Apesar de la gran infección reinante en el ganado de Puerto Rico la infección humana es rara. De 1750 sueros examinados sólo 12 dieron resultados positivos y de estos 2 tienen una historia clínica sospechosa indicativa de fiebre ondulante. Esta morbilidad tan baja puede deberse al hecho tradicional existente en Puerto Rico de hervir la leche antes de su consumo.

Infecciones experimentales en el hombre con cultivos de Brucella aborto en Puerto Rico hacen sospechar que las variedades "Porcinas" son mas virulentas para el hombre que las Bovinas. De las razas Bovinas solamente las mas virulentas pueden infectar al hombre a través del conducto gastro-intestinal; una dosis más pequeña puede infectar a través de abrasiones en la piel.

O. Costa Mandry.

NEFROSIS

T. L. Bennett

The Lancet—Jan. 17, 1931.

El autor presenta las siguientes características como determinativas de las nefrosis: características clínicas positivas: albuminaria 3 +, edema (lepoides en la orina +); negativas: corazón y presión arterial normales, retina normal, no hay hematuria, ni cilindros epiteliales. Características bio-químicas: aumento de colesterol de la sangre, disminución de las proteinas del plasma y metabolismo basal reducido; negativas: urea, cloruros, etc. de la sangre normales. Características patológicas: degeneración de los tubos renales (infiltración lipoidea); negativas: glomeralas y vasos normales.

Refiriéndose a la etiología hace el siguiente comentario que consideramos de gran importancia: "En los días en que abundaba la sífilis muchos casos de albuminarai graves con edema se curaban completamente con el tratamiento específico. Otros casos de nefrosis aparecían tener un origen tuberculoso existiendo una gran similaridad con el proceso amiloídeo en muchas de sus características. En la mayoría de los casos es imposible descubrir el factor etiológico. El hecho negativo más importante que debemos recordar es que casos los cuales dan una historia de fiebre escarlatina o ataques repetidos de amigdalitis probablemente pertenecen a la categoría de las nefritis glomerulotubulares y no a las nefrosis.

En las nefrosis la lesión hasta hoy conocida está localizada en los tubos. El edema, pues, se deberá al resultado directo de la pérdida de proteinas del plasma por la prolongada albuminuria. Muchos otros casos de edema estudiados por Bennett con la colaboración de Dadds y Robertson han dado como causa del edema una reducción de las proteinas del plasma sanguíneo. Esta observación tiene una gran importancia, pues, señala lo equivocado de muchos tratamientos usados. El provocar una diuresis no ayudará a reducir el edema. Solamente extraería agua de los tejidos dejando el plasma sanguíneo tan pobre en proteina como antes. El único tratamiento racional y curativo será el que evitase la filtración de proteinas a través del riñón y restaurase el valor normal de proteuras en el plasma sanguíneo.

Estos casos deben ser sometidos a una dieta rica en proteuras proporcionándoles así el elemento necesario para combatir la pérdida constante de albuminuria lo cual constituye el mecanismo esencial de su edema.

Dr. García Cabrera.

"A STUDY OF THE VITAMIN B COMPLEX OF YELLOW YAUTIA AND OF PLANTAIN"

Joseph H. Axtmayer

The P. R. Journal of Public Health and Tropical Medicine.
Vol. VI, Dec. 1930—No. 2—Page 229.

Cook, D. H. y Quinn, E. J. (1928) publicaron un trabajo acerca de la proporción de Vitamina B. que contiene la yautía blanca y Axtmayer (1930) hizo un estudio similar con respecto a las habichuelas coloradas y al arroz pulido.

En el estudio de la yautía amarilla y del plátano Axtmayer siguió el método de Sherman y Axtmayer (1927) para la diferenciación de la vitamina B (B_2) o factor anti-neurítico y de la vitamina B (B_2) del factor G— o antipelagrino.

Las ratas se alimentaron experimentalmente con una dieta optima para su desarrollo o crecimiento, pero que no contenía el complejo Vitamina B. A algunos de los animales se les añadió entonces yautía amarilla sola y en combinación con "yeast" esterilizado en el autoclave y que por consiguiente no contiene nada mas que el factor G por ser este termo-resistente. La dieta (Sherman No. 107) de los otros fué suplementada con plátano solo y en combinación con el "yeast."

Concluye Axtmayer afirmando que la yautía amarilla es más rica en el factor G y el plátano lo es en el factor F o vitamina B (B_2). De esta afirmación se desprende que la combinación de ambos vegetales (los pasteles) es una fuente adecuada del "complejo" vitamina B, puesto que es sabido que ambos factores se suplementan para producir un mayor crecimiento.

R. M. Suárez.

OSCODAL

PARA TODAS LAS EPOCAS DEL AÑO

Las tabletas azucaradas de **OSCODAL** son manufacturadas por un procedimiento patentado, del mejor aceite de hígado de bacalao, y contienen íntegramente las vitaminas, A y D del último.

Por lo tanto las tabletas de **OSCODAL poseen todo el valor terapéutico del aceite mismo, sin adolecer de sus muchos inconvenientes.**

Las tabletas de OSCODAL

No tienen mal olor, ni mal sabor,
No repugnan a los niños,
No perturban ni fatigan la digestión,
y se pueden tomar en todas las épocas del año.

La DOSIS para los niños es generalmente de 1 a 2 tabletas. Los adultos pueden tomar de 2 a tres tabletas, tres veces al día, de preferencia antes que después de las comidas.

SE VENDEN en frascos que contienen 42 tabletas azucaradas
(Lo suficiente para una semana de tratamiento)
y también en frascos de 100 tabletas.

H. A. Metz Laboratories, Inc.

170 Varick Street — New York, N. Y.

FR. SCHOMBURG, Distribuidor.—Luna 80, San Juan, P. R.



Ensáyela GRATIS

. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestesico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers EPHEDRINE Inhalant, No. 66

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

Representantes: **SRES. LLOMPART BROS. CO.** - San Juan, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de Cole No. 10.

(Compuesto de próstata y espermina)

Substancia de la próstata,	2 grs.
Extracto de espermina (Células de Leydig)	2 grs.
Glándulas linfáticas,	2 grs.
Acido nucleinico,	¼ gr.
Gliserofosfato de calcio,	q. s.

Recete: Compuesto Endócrino de Cole No. 10 (Compuesto de próstata y espermina). Una cápsula tres veces al día, manteniendo al paciente en tratamiento durante varios meses.

Indicaciones: prostatorrea, tratamiento postoperativo de la prostatetomía, insuficiencia de la próstata con o sin infección antigua o posterior de la uretra; impotencia, senilidad.

Nota: Esta fórmula es antagónica a la irritabilidad de la próstata y actúa como homoestimulante de la próstata y las glándulas sexuales.

Compuesto Endócrino de Cole No. 11.

(Compuesto hepático del ovario y el páncreas).

Substancia hepática,	2 grs.
Páncreas (íntegra),	2 grs.
Substancias de los ovarios,	2 grs.
Sales de la bilis,	1 gr.
Tiroidea U. S. P.,	1/10 gr.
Fosfato de calcio,,	1 gr.

Recete: Compuesto Endócrino de Cole No. 11 (Compuesto hepático de ovarios y páncreas). Una cápsula cuatro veces al día.

Indicaciones: Alta presión de la sangre (en la mujer).

Nota: Esta fórmula da resultados admirables en los casos en que la hipertensión es funcional. En los de hipertensión cardiaca o vascular, hay también un elemento funcional. En este caso, empero, el tratamiento solamente producirá una leve reducción.

COLE CHEMICAL COMPANY
ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**
Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

UN AUXILIAR DE LA MODERNA MEDICINA PREVENTIVA

Los Doctores aprecian la ayuda del Kellog's ALL-BRAN en casos de constipación porque es primariamente preventivo en su acción.

ALL-BRAN suple, en generosas cantidades, la materia que facilita los movimientos peristálticos. Y como por este medio corrije y previene las constipaciones **naturalmente,** ALL-BRAN está siendo recomendado más y más generalmente en todas partes. Ningún otro producto que sea a base pareial de salvado puede resultar tan efectivo como el Kellog's ALL-BRAN.

Servido con leche helada o crema, con frutas y un poco de miel, ALL-BRAN, con su sabor a nuez hace "una receta agradable".

Es un complemento delicioso de muchos otros platos favoritos.

Se halla a la venta en colmados y tiendas.

Un paquete tamaño corriente se enviará gratis al médico, si lo solicita de

Kellogg's
ALL-BRAN



B. FERNANDEZ & HNOS.

DISTIBUIDORES

P. O. Box 365 San Juan, P. R.

ANGOSTURA
Dr. SIEGERT'S

EL SABOR FAMILIAR QUE EFICAZMENTE OCULTA LAS MEDICINAS DESAGRADABLES — TONIFICA EL METABOLISMO Y AUMENTA EL APETITO.
ELIX. ANG. — q. s.

Pida una muestra.

J. W. WUPPERMANN
ANGOSTURA BITTERS AGENCY, INC.
Suite O, 14 East 46th St., New York.

Indigestión .....
o buena asimilación

A ESTO se reduce muchas veces el problema entre el empleo del aceite de hígado de bacalao, o de una perfecta emulsión.

Porque en muchos de los casos, los individuos que necesitan este valioso aceite, dificilmente pueden digerirlo en su forma natural. Mientras que en la Emulsión de Scott el más puro aceite perfectamente refinado, se ofrece al organismo en forma relativamente fácil de digerirse y absorberse.



Barco pesquero típico Noruego, dedicado a la pesca del bacalao en las aguas de Balstad, Islas Lofoten, y sus cercanías

Para corregir ciertas fases de deficiencia en el metabolismo y abastecerle de valiosas vitaminas, nuestro producto merece su completa confianza.



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

En el tratamiento de afecciones respiratorias un recurso valioso y seguro lo es el emplasto

Numotizine

Sin causar disturbios gástricos la Numotizine lenta pero definitivamente hace bajar la fiebre; desinflama y desaparece el dolor. Fácil remoción después de obtener el resultado deseado.

FORMULA

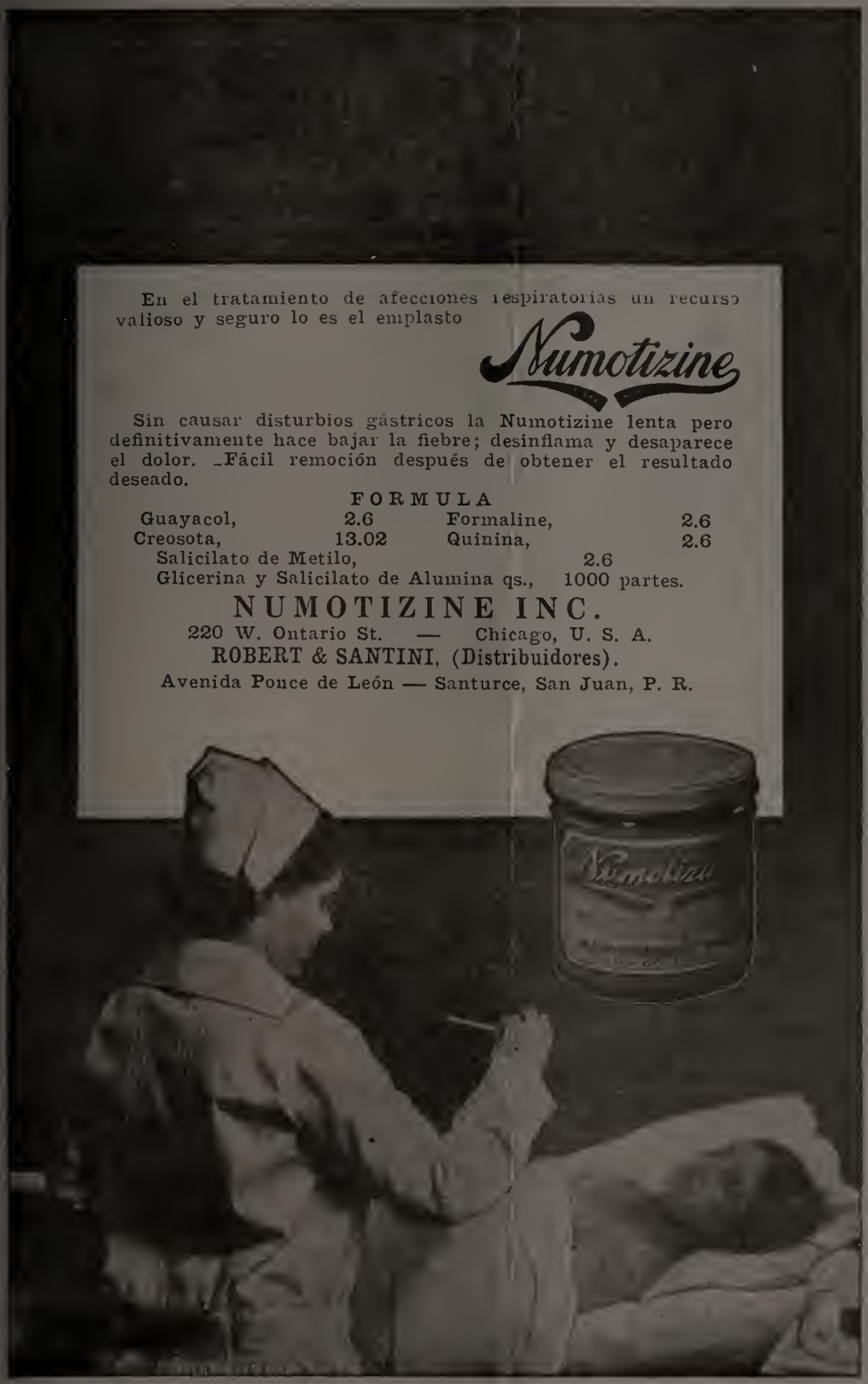
Guayacol,	2.6	Formaline,	2.6
Creosota,	13.02	Quinina,	2.6
Salicilato de Metilo,		2.6	
Glicerina y Salicilato de Alumina qs.,		1000 partes.	

NUMOTIZINE INC.

220 W. Ontario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).

Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.



Año XXIII. Núm. 186.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

MARZO, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL. 71

El tratamiento del esprú y el uso del extracto acuoso de hígado en su anemia 71
Dr. Ramón M. Suárez.

Frenicectomia 87
Dr. José A. Amadeo.

Nuestra experiencia en Urodo-Radiografía Intravenosa por Uroselectan 98
Dr. Amalio Roldán.

Noticias Médico-Sociales 127

Revista de Revistas 128

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEAL
LIBRARY
AUG 1935

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

EN LA CUARESMA

Este caldo vegetal, rico en vitamina-B (factores F y G), ayuda a conservar la fuerza y el vigor

En los días de abstinencia, o cuando se está sometido a un régimen vegetariano, deben tomarse los Cubos de Caldo de Levadura, compuestos de Levadura de Cerveceros (Polvo)—Harris. Deliciosos y salutíferos, estos cubos están enteramente libres de productos animales.

Los estudios practicados en las universidades de Yale, de Wisconsin y de Johns Hopkins han hecho una ciencia tan perfecta de la extracción y concentración de las vitaminas de los alimentos crudos, que hoy, por la primera vez, resulta práctica la preparación de un extracto concentrado de levadura de cerveza, rico en vitaminas-B (factores F y G), en la forma de un caldo delicioso al paladar. Los extractos y los caldos de carne carecen virtualmente de vitamina-B, y F y G.

Estos cubos no deben faltar en la despensa bien provista ni en la cocina del ama de casa moderna. Tan beneficiales para los inválidos y los convalescientes como para las personas en salud. En cualquiera edad, desde la infancia hasta la ancianidad, levantan el apetito, promueven la buena nutrición y favorecen el aumento de peso.

En latas de 12 cubos; en cajas de 48 cubos para las familias; y en cajas de 500 cubos para hospitales, orfelinatos, asilos, etc.

De venta en todas las principales farmacias.

CUBOS DE CALDO DE LEVADURA

—HARRIS—

Nada mas que extracto de levadura—libre de productos animales

THE HARRIS LABORATORIES, Inc
TUCKAHOE, NUEVA YORK, E.U.A.
"Fabricantes de productos para
la profesión médica
desde el 1919"

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A. 91141

Nueva edición

"LOS RAYOS X EN MEDICINA"

LA parte fotográfica de la roentgenología es de suma importancia, ya que de ella depende el éxito o el fracaso de un examen radiográfico.

Para cooperar con la profesión, se ha publicado el libro "Los Rayos X en Medicina."

Dentro de sus 77 páginas, con ilustraciones, este libro contiene *todo* lo que pueda desear el profesional para la teoría y práctica de la radiografía desde el punto de vista fotográfico. Todo: la teoría de la exposición, el revelado, fijado y lavado, con fórmulas e indicaciones prácticas y cuanto puede conducir a obtener buenas radiografías.

Los señores profesionales recibirán a petición un ejemplar del nuevo libro "Los Rayos X en Medicina"

Eastman Kodak Company

Rochester, N. Y., E. U. A.

Su Propio Criterio se lo Indicará

Estudie el carácter y composición de este remedio; fíjese en el objeto y las proporciones de cada componente; *en seguida* ensáyelo en algún caso de estreñimiento crónico que no haya podido responder a otro medio de tratamiento—y note los resultados.

La acogída notable que ha recibido el Agarol de todos los médicos y la manera como ha ido suplantando a los laxantes ordinarios, demuestran hasta la evidencia cuál ha sido el fallo de los médicos—y cómo los resultados han justificado su criterio.

EL AGAROL es la Emulsión original de Aceite Mineral, Agar-Agar y Fenolftaleína, y tiene estas ventajas especiales:

Es perfectamente homogéneo y estable, de gusto agradable sin estar artificialmente saboreado; no contiene azúcar, álcalis ni alcohol; no tiene contraindicaciones; no hay escurrimiento rectal; no da cólicos; no provoca náuseas ni trastornos gástricos; no crea hábito.



AGAROL

MUESTRAS A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

WILLIAM R. WARNER & CO., INC.

Establecidos en 1856

113-123 WEST 18TH STREET NEW YORK, E. U. A.

La Popularidad del
MERCUROCROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)
Marca Registrada

entre la clase médica ha despertado la codicia de los imitadores, que ya están tratando de substituir drogas de apariencia similar, pero de composición altamente tóxica.

Estas imitaciones perjudican nuestros intereses materiales mientras contravienen las leyes de marcas y patentes, pero lo que es aún más importante, ellas peligran la *salud pública* y el *prestigio de los facultativos.*

¡DESCONFIE!

de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220
SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

En Todo Dolor...

HAY cierto desarreglo del equilibrio físico o mental, una interrupción de alguna función vital, un desvío de lo normal. Las lesiones, las inflamaciones, el esfuerzo muscular excesivo, los trastornos de la circulación, — todo esto ocasiona dolor. Y sea el dolor leve o severo, prolongado o de corta duración, la idea predominante en la mente del paciente es la supresión pronta del dolor.

Para el paciente afligido por el doloroso proceso neumónico, nada es tan grato y consolante como una chaqueta de ANTIPHLOGISTINE, aplicada sobre las paredes del tórax. Los médicos acostumbrados a este procedimiento sencillo conceden generalmente que este apósito plástico lenitivo aumenta la circulación superficial, por medio de la inducción de hiperemia artificial, estableciendo un proceso activo de descongestión en los tejidos más profundos, y en consecuencia aliviando la disnea y el esfuerzo excesivo del corazón derecho.

En todo el mundo, los médicos reconocen las propiedades sin igual de la



Antiphlogistine

como un auxiliar de valor incalculable en el tratamiento de la neumonía, o donde quiera que el dolor sea un factor prominente.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.

163 Varick Street, New York, U. S. A.

LUIS GARRATON, P. O. Box 1541, San Juan, P. R.

UN NOTABLE ADELANTO EN LA ANESTESIA GENERAL

Nuevo Método Rectal

AVERTINA LIQUIDA

Reg. U. S. Pat. Off.

Un derivado de Hetobrom

DESPUES DE VARIOS AÑOS DE FRUCTUOSA INVESTIGACION SE PUEDE OBTENER AHORA EN EL MERCADO.

La inyección rectal de avertina en solución acuosa es tan simple como un enema medicamentosa. Produce rápida y agradablemente la inconsciencia profunda; para asegurar la completa relajación, si fuere necesario bastaría la administración de pequeñas cantidades de un anestésico por inhalación.
La disipación de la anestesia no se acompaña de náuseas, vómitos ni exitación y va seguida de un sueño normal que dura varias horas.

La avertina se obtiene ahora en el comercio bajo la forma de avertina líquida, la cual se suministra en frascos de 100 centímetros cúbicos. En cada paquete se incluye un frasquito de solución de Rojo de Congo provisto con un gotero adecuado y el cual sirve para probar el anestésico antes de usarlo. Cada frasco de avertina líquida contiene cantidad suficiente para doce o quince anestesias.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

170 VARICK ST., NEW YORK, N. Y.

La calidad **Winthrop** no admite sustitutos.
FR. SCHOMBURG, Distribuidor.—80 Luna St., San Juan.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII. | MARZO DE 1931. | Núm. 186.

EDITORIAL

La sífilis con el cancer y la tuberculosis forman hoy las tres grandes plagas sociales. Frente a las otras dos, la sífilis tiene un lugar humilde en la sociedad. Para ella no hay comités de damas, ni partidas de bridge, aunque entre los jugadores siempre haya, sin duda alguna, muchos más sifilíticos que tuberculosos y cancerosos; para ella no hay beneficios en el Cine ni en los teatros, ni hay berbenas ni carreras de caballos; para ella no hay conferencias ni casi discursos. Y es simple y sencillamente por lo desagradable del tema. La Sociedad siempre ha sido así. Siempre ha gustado de engañarse y sobresale en esta cualidad cuando se trata de los problemas sexuales.

El Cancer puede ser curado si se trata a tiempo aunque raras veces acude el paciente al médico lo suficientemente temprano para conseguir ese ideal y aun cuando ocasionalmente se cumple esta condición su curación nunca es segura. La ciencia médica se encuentra hoy ante el problema del cancer sin un derrotero cierto y sin líneas de conducta precisas a seguir en la terapéutica. Las estadísticas de mortalidad del cancer están muy por detrás de las otras dos plagas.

La Tuberculosis es un mal grave en todo el mundo y más grave en nuestra isla por muchas condiciones especiales. Pero su solución está lejos de no tener esperanza. La higiene general progresando rápidamente y llegando a conocimiento del pueblo, la vacuna B. C. G., la cual puede ya anotarse en su activo muchas vidas salvadas, dan grandes esperanzas para el porvenir.

La Sífilis, la tercera gran plaga, desde el campo médico tiene un aspecto muy distinto a las otras dos: es una enfermedad curable; conocemos su causa, y se puede evitar siempre! En el mismo caso de la sífilis están las enfermedades venéreas. El problema médico de las enfermedades venérenas y la sífilis está pues resuelto.

La ciencia médica ha conseguido producir y tiene a su disposición los medios para dominar y curar dichas enfermedades. Podrán, sin duda, descubrirse otros medios y procedimientos terapéuticos de más rápida y mayor eficiencia en el tratamiento de las enfermedades venéreas y la sífilis pero el hecho es que con los medios hoy al alcance del médico este puede evitar el contagio, reducir el período del mismo y curarlas, evitando, tanto en la la sífilis como en la blenorragia, todo el tren de complicaciones que constituyen el verdadero peligro en dichas enfermedades.

El problema médico del mal venéreo y

la sífilis lo conoce y lo domina el médico. Pero el "problema social", el aspecto social de las enfermedades venéreas y la sífilis, la profilaxis colectiva del mal venéreo y la sífilis continúa hoy como hace muchos siglos sin haber avanzado ni conseguido nada práctico para la medicina social.

La sífilis y las enfermedades venéreas, como la tuberculosis, dada nuestra actual civilización, constituyen, más que problemas médicos puros, problemas médico-sociales. Son verdaderas plagas sociales. Su creciente desarrollo en la sociedad moderna es debido a la organización de esta en muchos aspectos de su constitución.

La clase médica poco o nada puede hacer en la solución de tales problemas sin la debida cooperación y decidida ayuda del sociólogo, del maestro, del padre de familia, del político, del legislador y del gobierno.

Las enfermedades venéreas y especialmente la sífilis destruyen en Puerto Rico tanto o más que la tuberculosis la vida de nuestro pueblo. La isla tiene una cifra aproximadamente de un 25% de sifilíticos. De un 70 a un 80% de la población ha padecido la blenorragia. Mis estadísticas de 19 años de práctica profesional incluyendo en ellas toda clase de casos visto por mí durante dicho período de tiempo arrojan un 29% de sífilis en sus distintas formas y un 67.5% de infecciones venéreas.

Estas cifras sin ser de las más altas conocidas no son de las mejores. Francia tiene un 20% de su población sifilítica. Collie le da a Inglaterra un 12.25%. Alemania tiene un 10.5%. Estados Unidos un 15% de sífilis. Veeder encontró un 20% de los jóvenes examinados para ingresar en el ejército americano padeciendo sífilis. Un 5% de los jóvenes que ingresan en West Point y en las grandes Universidades americanas padecen de sífilis.

Las últimas estadísticas obtenidas en un survey llevado a cabo por algunas Juntas de Sanidad de Estados Unidos, el Julius Rosenwald Fund y la División de Enfermedades Venéreas del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos arrojan los siguientes datos: (J. of Social Hyg., N.Y., 1930, XVI, 407) En Mississippi de 10,000 negros examinados el 20% dió un Wasserman positivo. En el estado de Georgia el 25% de 5,000 pacientes de ambos sexos y distintas razas dió una reacción francamente positiva de sífilis. De 3,000 pacientes examinados en Alabama el 30% fué positivo de sífilis. En el informe correspondiente al año 1928-29 del Buró Provincial de Salubridad Pública de Quebec (Health and Empire, London, 1930, V. 23) da un 25% de sífilis entre 11,409 personas examinadas.

Estas son las cifras más bajas entre las naciones grandes. Italia, España, Turquía, las Repúblicas Centro y Sud Americanas tienen cifras mucho mas altas. Y si vamos al Oriente encontramos pueblos con un 50% de su población padeciendo la sífilis. Y llegamos a tener provincias como Uganda y Baganda y algunas regiones del norte de Africa con un 80 a un 90% del total de sus habitantes padeciendo la enfermedad introducida de Europa y mantenida por las creencias religiosas y costumbres sociales de esos pueblos.

En Puerto Rico, Serra en una serie de 6,074 exámenes obtuvo un 12.65% de reacciones positivas (Bol. As. Med. Agosto 1930). Costa Mandry cree que existe alrededor de un 20% de sífilis en la isla.

Estas cifras para la sífilis se triplican

cuando consideramos las otras enfermedades venéreas. Todos los pueblos civilizados están haciendo un gran esfuerzo para controlar y exterminar la sífilis y el venéreo. El Comité de Salud Internacional de la Liga de las Naciones ha considerado detenidamente el problema y ha dictado acuerdos en armonía con legislaciones nacionales diversas. El problema es serio y demanda todo el interés de los gobiernos.

Si grande es el peligro de la tuberculosis en Puerto Rico nada menor es el de las enfermedades venéreas y la sífilis sembradas en el mismo germen de la vida en un país donde la natalidad constituye una cifra excepcional.

Nada se ha hecho por nuestros hombres de gobierno que en modo alguno tienda a combatir el mal venéreo y la sífilis. El médico solo nada puede hacer. Necesita de la ley escrita. Hace falta legislación pertinente a tales fines. Leyes estableciendo dispensarios antivenéreos; leyes castigando el curanderismo y el charlatanismo anti-venéreos. Leyes prohibiendo el anuncio en favor de tratamientos médicos o preparaciones farmacéuticas y la venta de las mismas sin ser ellas eficientes ni reconocidas por las autoridades correspondientes; leyes estableciendo el certificado médico prenupcial salvando a las generaciones por venir del poco escrúpulo de las presentes. Leyes como la ley Couteaux de Francia.

"Para ser feliz—dijo Augusto Farel—la raza humana debe procurar reproducirse elevando progresivamente todas las facultades físicas y mentales del hombre tanto desde el punto de vista de la salud y de la fuerza corporal, como desde los del sentimiento, de la inteligencia, de la voluntad, de la imaginación creadora del amor al trabajo, de la alegría del vivir y del sentimiento de la solidaridad social."

Este sentimiento de perfeccionamiento no cabe en cuerpos enfermos que solo pueden dar albergue a cerebros y almas enfermas.

Nuestros legisladores y especialmente los médicos en la Legislatura pueden y deben hacer algo.

E. G. C.

Dr. Ramón S. Sifre

Vice Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Miembro del Board de Médicos Examinadores, Editor asociado de este Boletín y uno de nuestros más sólidos prestigios médicos, acaba de ser nombrado por el Dr. A. Fernós Isern, Comisionado de Sanidad para el cargo de Sub-Comisionado de Sanidad. El futuro del departamento de sanidad en manos de estos dos jóvenes brillantes de lo que más vale en nuestro país está asegurado. La clase médica se siente satisfecha pues sabe que sus intereses serán defendidos en todo momento y que el prestigio científico de nuestro departamento Insular de Sanidad seguirá en aumento.

El Comité de Revisión de la Farmacopea de los Estados Unidos (1930-1940)

solicitó de la Asociación Médica de Puerto Rico y de la Asociación de Farmacéuticos de Puerto Rico nombrasen un comité que cooperase con el Comité de Revisión en esta labor.

La Asociación Médica de Puerto Rico nombró a los siguientes compañeros:

Dr. J. Simonet, Dr. J. S. Colón y Dr. A. Salivia.

"EL TRATAMIENTO DEL ESPRU y EL USO DEL EXTRACTO ACUOSO DE HIGADO EN SU ANEMIA". (*)

RAMON M. SUAREZ.

Sería difícil hablar del tratamiento del esprú sin mencionar o discutir su etiología, si no fuera porque encontramos que casi todos los investigadores, desde los sostenedores de la endocrinología con sus teorías de deficiencias glandulares, hasta los partidarios de la química biológica que defienden la teoría alimenticia desde sus tres puntos de vista: amino-ácidos, vitaminas y minerales, los que defienden la bacteriología con su teoría del estreptococo bucal y la micología con su monilia psilosis: están contestes en que la gran mayoría de los casos de esprú pueden ser curados si se someten durante varios meses a un tratamiento dietético, rico en los amino-ácidos esenciales y en vitaminas, pobre en grasas y en hidrocarburos.

DIETA

Ya hemos mencionado que una dieta libre de azúcar y pobre en hidrocarbonatos y en grasas, a base de alimentos azóicos de alto valor biológico unidos a una buena cantidad de vitaminas y conteniendo una proporción adecuada de minerales, ha sido aceptada como la dieta "standard" para los convalescientes de esprú.

La dieta con la cual se debe iniciar el tratamiento no puede en manera alguna llenar esos requisitos y tiene necesariamente que ser incompleta en alguno o algunos de los factores que componen una dieta óptima para el hombre, pero sobretodo, la dieta inicial es muy baja en calorías y por consiguiente, en el esprú, como en casi todas las enfermedades la base del éxito en el tratamiento dietético estriba en mantener al enfermo en cama hasta tanto esté ingiriendo y asimilando una cantidad de calorías que no baje de 2,500 diarias.

La dieta estricta de leche es la dieta inicial predominante y ha sido preconizada en el tratamiento del esprú desde el año 1907 por Manson (1). Se empieza con un cuartillo y medio al día y se aumenta, de acuerdo con Fairley hasta 3 cuartillos diarios. En muy pocos casos hemos podido dar esa cantidad de leche sin producir flatulencia y evacuaciones grumosas. Nos conformamos en la mayoría de los pacientes con llegar hasta 2 cuartillos (1500 calorías) y empezar entonces la dieta mixta de frutas, carne y vegetales.

Es notable el número de pacientes en Puerto Rico que no toleran la dieta láctea y no son pocos los que empeoran con ella. En ellos preferimos usar por varios días (2 a 4) hasta que disminuya el número de deposiciones una dieta exclusiva de frutas, añadiendo entonces 5 onzas de carne desgrasada 2 veces al día y mientras aumentamos la carne vamos incorporando gradualmente algunos vegetales. Más tarde añadimos huevos y por último leche también, en pequeñas cantidades.

(*) Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao celebrada en Fajardo el 22 de Febrero de 1931.

La dieta de frutas fué originalmente preconizada por Van der Burg (1) y éste usaba frutas de mucha pulpa y de poca acidez. Nosotros preferimos las frutas cítreas, las uvas y peras extranjeras, la papaya y el guineo gigante bien maduro. Esta última fruta la damos en la misma forma que estábamos acostumbrados a usarla en los niños que padecen de megalocolon o "celiac disease" la pasamos primero por un sedazo o colador de alambre y entonces el paciente puede comerla con una cuchara como si fuera una pasta cualquiera.

Aparte del valor nutritivo de las frutas por la cantidad de vitaminas C que contienen, son una fuente rica en monosacaridos, siendo ésta la única forma de azúcar que un jejuno enfermo o atrofiado puede digerir y asimilar fácilmente.

La dieta exclusiva de carne roja no la hemos usado. Siempre la acompañamos a la dieta inicial de frutas o de leche como una dieta especial transitoria para llegar a la dieta "full sprue diet" de Ashford o a una modificación de la misma. La dieta de carne se debe a Cantlie (1906). Este empieza con 2 onzas en cada comida y aumenta hasta dar al enfermo 1½ a 2 libras de carne desgrasada y a medio cocer.

Como demostraron Whipple, Robscheit-Robbins & Hooper en 1920, la carne como regeneradora sanguínea es inferior solo al hígado. Además se absorbe dejando muy poco resíduo intestinal. Tiene como desventaja al igual que las frutas y la leche, una deficiencia en calorías, además de ser pobre en cal y en vitaminas y no contener hidrocarbonatos.

VITAMINAS

La primera mención que acerca de una posible relación entre el esprú y las vitaminas encontramos en la literatura médica del país es un trabajo del doctor R. del Valle Sárraga titulado "Ideas Modernas Acerca de Nuestra Ración Alimenticia" que apareció en el Boletín de la Asociación Médica en el volumen del año 1921, página 220. Poco después el Dr. Ashford (2) decía que la "carencia no parece ser de substancias B y C, aunque la B puede a veces faltar relativamente pero de la A y de la proteína completa él (refiriéndose a nuestro jíbaro) no tiene ni una pequeña fracción de lo necesario." Más adelante y en ese mismo trabajo decía: "En esprú la carencia alimenticia puede estimarse, solo como un factor predisponente—es una enfermedad de la clase mejor acomodada urbana y es rara entre los campesinos mal nutridos del país."

(Sólo nos interesa en este trabajo la afirmación que hace el distinguido hombre de ciencia en el sentido de que la carencia alimenticia es un factor predisponente en el esprú. Si la enfermedad es rara en la actualidad entre los campesinos mal nutridos del país necesita en nuestra opinión ser re-investigado.)

Dos años antes (1919) Lucius Nicholls (3) decía que "pudiera ser que algunas de las llamadas vitaminas fueran esenciales para la producción de una eficaz inmunidad contra las bacterias."

Mc. Lister en su libro "Nutrition and Diet in Health and Disease" (4) dice: en "avitaminosis se produce una atrofia y congestión de la pared intestinal, principalmente en el intestino delgado (jejuno e ileo) con pérdida del control neuromuscular, trastornos de la secreción y disminución del poder asimilativo, al igual que una pérdida de las defensas normales en contra de la invasión bacteriana."

Hoobler, citado por Dennet (5) atribuye los siguientes síntomas a una dieta parcialmente deficiente en vitamina B (1) Anorexia. (2) Pérdida de peso. (3) Espasticidad de los brazos y piernas. (4) Rigidez del cuello. (5) Irritabilidad e inquietud. (6) Palidez y baja hemoglobina. El cuadro clínico ese, lo llama Hoobler "Beriberi Incipiente."

Según Gortner (6) la inanición de vitamina B produce una atrofia de casi todas las glándulas endocrínicas, con la excepción de las suprarenales que se hipertrofian."

Las anemias que preceden y acompañan el escorbuto tienden a desaparecer con el uso del jugo de chinas. Esto por lo menos indica la posible influencia de las vitaminas en la prevención de la anemia. (5)

Sir Leonard Rogers en su libro "Recent Advances in Tropical Medicine" (7) cita el hecho de que Mackie y Fairley en sus trabajos anátomo-patológicos de esprú llevados a cabo en Bombay al igual que investigadoores anteriores convinieron en que la lengua y la membrana mucosa atrofiada del ileo presentan una invasión bacilar ante-mortem exactamente igual que ocurre en la mala nutrición por avitaminosis.

C. Elders (7) (1925) como defensor que ha sido por mucho tiempo de la teoría de deficiencia alimenticia en el esprú atribuye ésta no solo a la falta de los amino-ácidos de la carne, sino también a la falta de la vitamina soluble en grasa: A y a la vitamina B y Rogers (7) ante la "Royal Society of Medicine" en 1924 dijo que los pacientes de esprú después que mejoraban con la dieta de leche y vacunas estreptocóccicas autógenas, aumentaban rápidamente en peso con "marmite" en sopa hecha de levadura de cerveza, muy rica por consiguiente en vitamina B—y el Dr. W. P. Mac Arthur en aquella misma ocasión confirmó las aseveraciones de Rogers en cuanto a la importancia de las vitaminas en el esprú.

Los progresos notables de la química biológica durante los tres últimos años han modificado el postulado de Mc. Collum de "la vitamina B soluble en agua y promotora del crecimiento." La naturaleza múltiple de la vitamina B ha sido estudiada y comprobada por muchos químicos, entre los cuales podemos mencionar a H. C. Sherman y J. H. Axtmayer, (8) Smith (9) and Anne Bourguin. (10)

Sabemos ahora que la Vitamina B o "complejo" B como es más apropiado llamarla contiene por lo menos dos factores. Ambos factores juntos son esenciales para el crecimiento, separadamente ninguno de ellos es capaz de producir un desarrollo normal. (10)

El factor antineurítico no resiste el calor. Los ingleses lo denominan B_1 (18) los americanos lo denominan simplemente vitamina B o factor F. El otro factor es termo y álcali-resistente, se le llama el factor anti-pelagrino de Goldberger, los ingleses lo denominan B_2 y los americanos factor o vitamina G.

Sabemos también que el "complejo" vitamina B en el hombre y en los animales estimula el apetito. A ésto se debe seguramente la gran popularidad alcanzada por la pastilla de "yeast" (levadura de cerveza) tan ampliamente anunciada (19)

Nos debe ser de interés recordar que la levadura de cerveza, muy rica en ambos factores B_1 (F) y B_2 (G), pierde la totalidad del factor B_1 (F) o anti neurítico cuando se somete a alta temperatura en el autoclave. De este hecho se han aprovechado los químicos para sus estudios experimentales investigando el con-

tenido "complejo" B en los distintos cereales.

Estudios de alimentos de Puerto Rico llevados a efecto por Sherman, Cook, (25) Axtmayer, Trinita Rivera y otros en la Escuela de Medicina Tropical nos han traído algunos conocimientos que habrán de dar luz a nuestros obscuros y difíciles problemas de nutrición.

Sabíamos que el arroz pulido que comemos no contiene vitamina alguna que tampoco la contiene el pan blanco que usamos en Puerto Rico, que el maíz es pobre en vitamina G, que la leche es rica en el factor G y pobre en el anti-neurítico F. Los trabajos de Axtmayer (11 y 12) nos han demostrado que las habichuelas coloradas son más ricas en Vitamina B_1 (F) que en B_2 (G) y que la yautía amarilla es más rica en B_2 (G) y el plátano contiene mayor cantidad del factor B_1 (F).

Tenemos por lo tanto ante nuestra consideración como clínicos, la importancia que el factor restringido (*"limiting factor"*) de el "complejo" vitamina B en nuestra ración alimenticia ha necesaria mente de tener, si no en la etiología, seguramente que sí la tiene en el tratamiento del esprú.

EL HIGADO

Cuando Whipple y sus colaboradores comprobaron el poder anti-anémico de la alimentación con hígado y más tarde Minot, Murphy y Cohn notaron la presencia en la substancia hepática de cierto factor específico contra la anemia perniciosa, ya hacía muchos años que el hígado se había usado en la terapia del esprú. Nos dice Manson-Bahr (1) que desde tiempos de Manson (1881) se ha venido usando en Inglaterra la sopa de hígado en el tratamiento de esta enfermedad y que Manson le informó que desde fecha remota ya la usaban los médicos chinos en Amoy y Hongkong siendo de ellos que adquirió él conocimiento en esa materia.

La administración del hígado crudo a personas normales y a animales produce una hipoglicemia moderada y eosinofilia. (13) En dosis grandes puede producir efectos nefrotóxicos y manifestaciones gotosas benignas. La eosimofilia no se presenta cuando se administra el hígado cocido.

Es bueno recordar también que el hígado contiene una substancia, hormona hepática o "hepharmone" de la cual se ha hecho uso terapéntico como un agente hipo-tensivo. Recordemos también que nuestro viejo amigo el aceite de hígado de bacalao no tiene otro valor que el que le da la vitamina D y la grasa que contiene. Todos los autores, a excepción de Reznikoff convienen en que el hígado de peces es muy deficiente en substancias antianémicas (13).

Ahora algo en cuanto a los extractos de hígado. La fracción anti-anémia perniciosa de Cohn que conocemos comercialmente como la fracción No. 343 de Eli Lilly & Co. ha sido refinada y purificada hasta el extremo de poderse iniciar una remisión en anemia perniciosa por medio de la administración intravenosa de 0.10 grm. de substancia. Está además libre de efectos hipoglicémicos e hipotensivos (13).

El extracto de hígado No. 343, según Robbins y Whipple (14) contiene solamente de un 10 a 20% del poder que tiene el hígado total para producir nueva hemoglobina en casos de anemia secundaria severa.

Ashford y muchos otros autores con-

vienen en que este extracto no provoca reticulocitosis en las anemias secundarias ni siquiera en las anemias de esprú de tipo primario, con índice colorimétrico alto pero que tienen un contage de eritrocitos de más de 3 millones (15.)

La opinión unánime casi, es que en el tratamiento de las anemias secundarias, el hígado total es más efectivo que los extractos.

Y las anemias del esprú a qué tipo pertenecen? Creemos como Fairley que la gran mayoría de los casos avanzados y caquécticos de esprú presentan un cuadro hematológico de anemia megalocítica e hipercromática de tipo primario con un índice de color alto, pero no creemos que sea esa la anemia que predomina en los casos incipientes, más benignos o moderadamente avanzados y también creemos que el tipo aparente de anemia puede variar espontáneamente como varía también cuando los contages son hechos por distintas personas. Ni el estudio del tamaño de los hematies con los métodos antiguos, ni con el más moderno halómetro de Eve, podría asegurarnos sin equivocaciones el tipo de anemia a que todos los casos de esprú pertenecen. Indudablemente en los casos de anemia de esprú con un contage de más de 3 millones de hematies y un índice de color alto que no han respondido al extracto de hígado No. 343 se debe a que la anemia no era de tipo primario o megalocítico.

Recientemente se ha aislado por Whipple (14) y sus asociados una fracción hepática que con solo un 3% del peso original del hígado contiene 65 a 75% de la potencia del hígado total para producir nueva hemoglobina en casos de anemia secundaria. Esta substancia no ha sido aún puesta en el mercado, (*) pero es ya una nueva esperanza en nuestro escaso arsenal terapéutico del esprú.

Mientras tanto y hasta que contemos con métodos clínicos seguros para la clasificación de las anemias de esprú, nos parece que lo más lógico es usar un extracto que contenga ambos factores anti-anémicos ya conocidos y que además sea rico en minerales (hierro y cobre) y en vitaminas. Apesar de nuestra corta experiencia con la preparación podemos asegurar que el Extracto de Hígado Acuoso E 29 (**) llena esos requisitos. (20) Una onza (30 cc) de este extracto equivale a media libra de hígado crudo, contiene hierro en cantidad de 25.9 mgm. por 100cc. y de acuerdo con el trabajo experimental de Alfred Chanupin, Ph. D. de la Universidad de Virginia es relativamente rico en "complejo" vitamina B, pues 2cc del extracto equivale a 200 mgms. de levadura de cerveza seca (16.)

GLUCOSA E INSULINA

Hace más de seis años vimos usar la insulina en dósis pequeñas en el tratamiento de niños atrépsicos recluídos en el departamento de Pediatría del Lenox Hill Hospital de New York. Poco después la empezamos a usar en casos caquécticos de esprú y desde el año 1928 la hemos estado usando unida a la administración de glucosa "per os" en los Hospitales Municipales de Santurce. La insulina ayuda a metabolizar la glucosa y se nota en los pa-

(*) Después de escrito este trabajo acaban de presentarla al mercado en combinación con hierro las casas Eli Lilly & Co. y Lederle.

(**) Preparado por la "Valentine Meat Juice Co." de Richmond, Va.

cientes desnutridos un aumento más rápido en peso y además recordemos que un ligero exceso de glucosa en el organismo es conveniente para contrarrestar el efecto hipoglicémico que tanto el hígado total como el extracto acuoso de hígado pueden producir.

VACUNAS

El uso de la vacuna de monilia recomendada en un tiempo por Ashford (1918) y estudiada y defendida por Mitchell y González Martínez, ha sido total o parcialmente abandonada por sus simpatizadores. Lo mismo ha sucedido con la vacuna autógena del estreptococo bucal preconizada por Sir Leonard Rogers en Calcuta y por L. Nicholls en Ceilan. Del posible uso beneficioso que en el futuro se le pueda dar a vacunas autógenas o no autógenas de la flora intestinal tenemos también que dudar, basándonos en los resultados negativos obtenidos por Costa Mandry (17) en su estudio inmunológico de la flora aeróbica en casos de esprú.

ACIDO CLORHIDRICO Y DROGAS

El ácido clorhídrico diluído (USP.) en dosis de 1 a 4 gms. tres veces al día está indicado no sólo en los casos de aquilia sino también en los hipoclorhídricos. Usarlo sistemáticamente en todos los casos si no es perjudicial por lo menos es una "extravagancia" terapéutica.

Ashford abandonó desde el 1926 el uso de paratiroide combinado al calcio, por no creer, con razón, que exista deficiencia de esa hormona. Se sigue usando el calcio sinembargo, en los casos en los cuales la sangre demuestra una deficiencia y entonces es útil combinarlo con el Viosterol.

Empíricamente se empezaron a usar los fermentos pancreáticos (pancreatina) y empíricamente se siguen usando. No sabemos hasta qué punto alcanza el beneficio real que nos reporta esa droga.

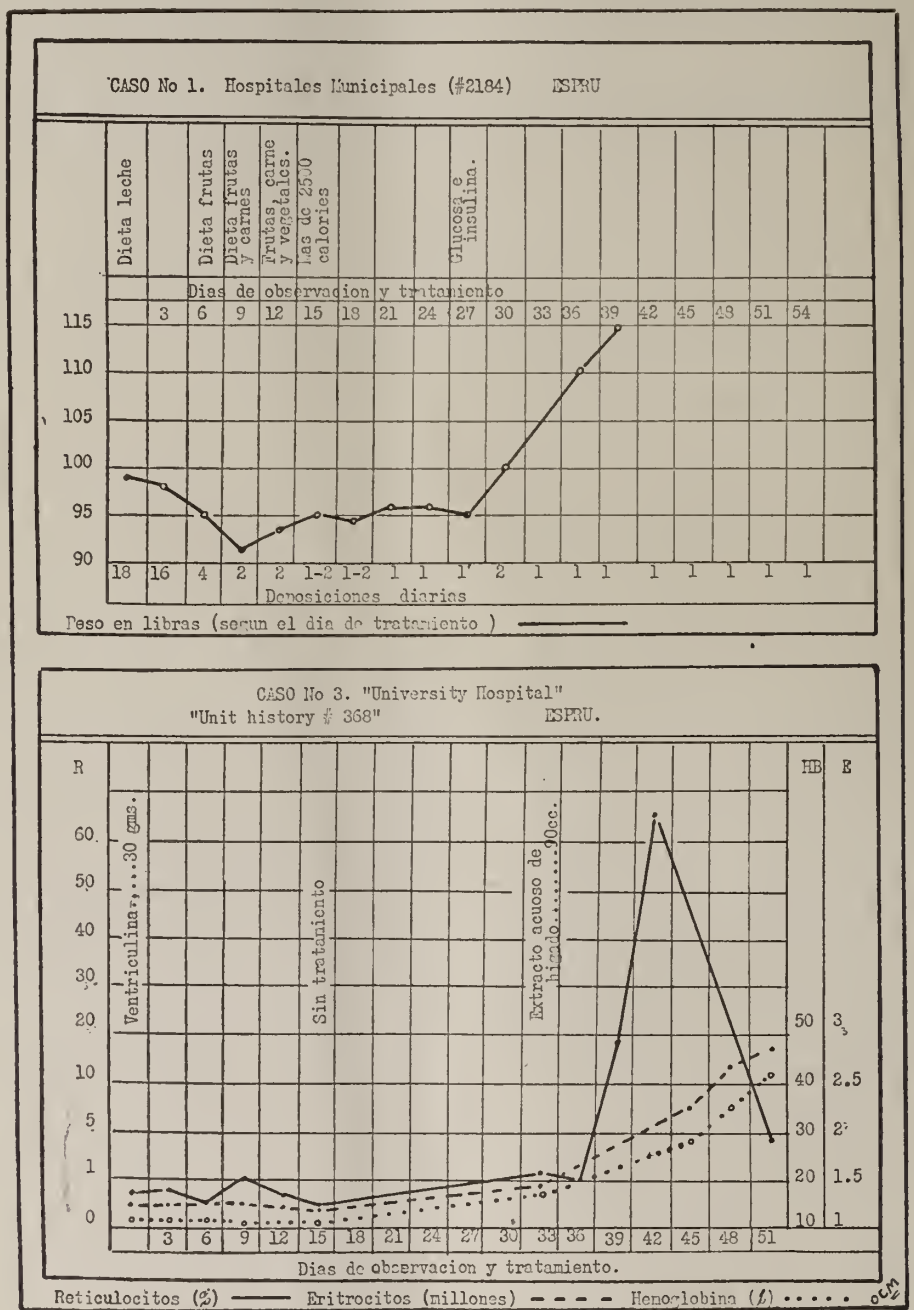
Para el tratamiento sintomático de la diarrea preferimos el polvo de Dover y lo usamos en dosis pequeñas (0.15 gm. a 0.20 gm.) repetido cada 6 horas durante 2 a 6 días.

CASOS CLINICOS

Damos a continuación un sumario de las historias clínicas de siete pacientes para ilustrar algunos de los puntos tratados en esta disertación.

(1) I. C. 64 años.—Blanco. Caso número 2484. Hospitales Municipales de San Juan. Ingresó en Noviembre 11 de 1930 quejándose de diarreas desde hace dos años, 10-15 deposiciones diarias con pérdida de 50 libras de peso. La sintomatología y el cuadro clínico es típico de una caquexia esprúica. Su peso al ingresar era 98 libras. Orina y excreta—negativos. Kahn—negativo. Calcio en el sucro 9 9 mgm. Fósforo en el suero, 5.00 mgm. Secreción gástrica: HCl libre, 19°, Combinado, 12° y Acidez Total 40°. Leucocitos 9,200 Diferencial, normal. Hematies 3,000,000. Hemoglobina 60%. (Tallquist). Se puso a dieta láctea por unos días y aumentó la diarrea. Disminuyó el número de las deposiciones al segundo día de estar a una dieta exclusiva de frutas y se empezó seguido a alimentarlo con carne desgrasada y casi cruda añadiéndole más tarde algunos vegetales. El estado general cambió rápidamente, el paciente mejoraba su cuadro clínico y hematológico, pero no aumentaba en peso. Se comenzó entonces la administración de glucoosa una cucharada tres eces al día y 8 unidades de insulina hipodérmicamente antes de almuerzo y antes de comida. Se dió de alta el día 25 de Diciembre de 1930 pesando 115 libras y con más de 4 millones de hematies y 85% de hemoglobina.

(2) J. S..... 23 años. Mulata. .Caso No. 1717. .Hospitales Municipales de San Juan. Ingresó, Octubre 18, 1930. Esta paciente fué enviada del Sanatorio Anti-

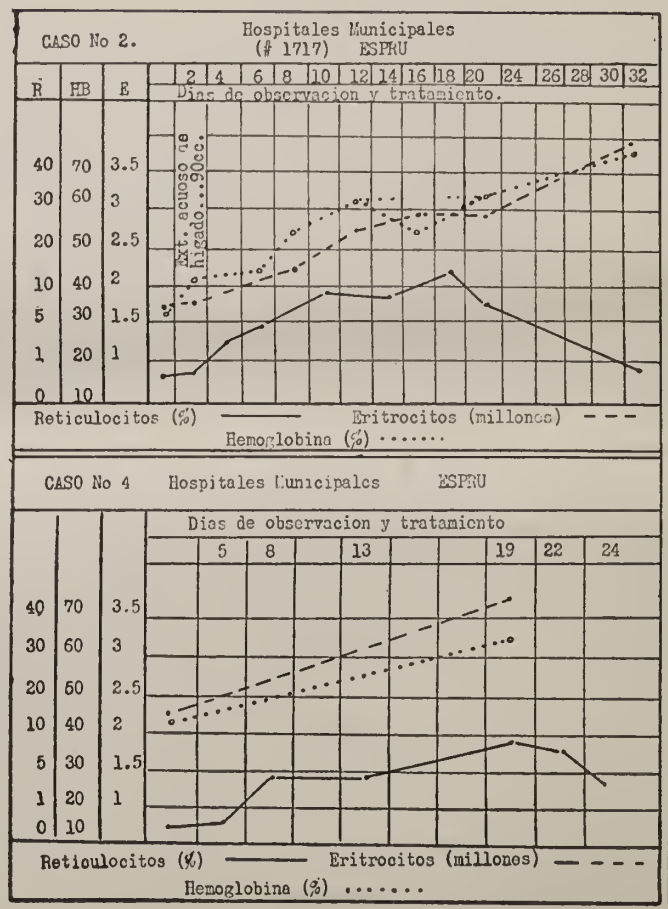

CASO No 1. Hospitales Municipales (#2184) ESPRU
Dieta leche
Dieta frutas
Dieta frutas y carnes
Frutas carne y vegetales. Las de 2500 calories
Glucosa e insulina.
Dias de observacion y tratamiento
115
110
105
100
95
90
3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54
18 16 4 2 2 1-2 1-2 1 1 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1
Deposiciones diarias
Peso en libras (segun el dia de tratamiento)
CASO No 3. "University Hospital"
"Unit history # 368" ESPRU.
R
HB E
Ventriculina,...30 gms.
Sin tratamiento
Extracto acuoso de higado.....90cc.
60 50 40 30 20 10 5 1 0
50 40 30 20 10
3 2.5 2 1.5 1
3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51
Dias de observacion y tratamiento.
Reticulocitos (%) Eritrocitos (millones) Hemoglobina (%)

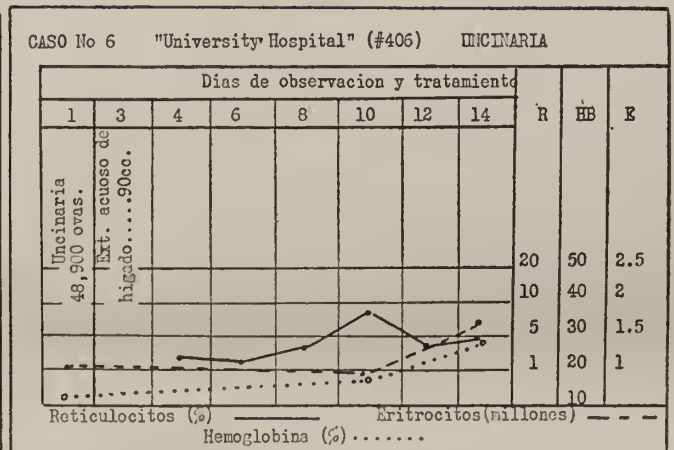
Tuberculoso de Río Piedras al comprobarse en aquella institución que no estaba tubreculosa. Historia de diarrea durante 12 años. Muy emaciada. Lengua, abdomen y carácter de las deyecciones característicos de esprú. Peso 75½ libras. Orina, excreta y Kahn=negativos. Análisis gástrico (Histamina) (22)—HCl—libre 0°, Combinado 6° y Acidez Total 19°. En Noviembre 1, 1930: hematies 1,490,000, hemoglobina 30-40%, (Tallquist), reticulocitos 0.

Se empezó el Extracto Acuoso de Hígado el 4 de Noviembre. Los reticulocitos al día siguiente llegaban a un 0.5% y siguieron aumentando hasta alcanzar un 12% en Noviembre 22, volviendo a bajar a 0.4% el día 2 de diciembre. Fué dada de alta el día 29 de Diciembre pesando 106 libras y teniendo 4,500,000 hematies y 85% hemoglobina (Tallquist) Volvimos a ver la paciente un mes más tarde que se presentó al hospital solicitando una plaza de alumna enfermera, sintiéndose perfectamente bien.

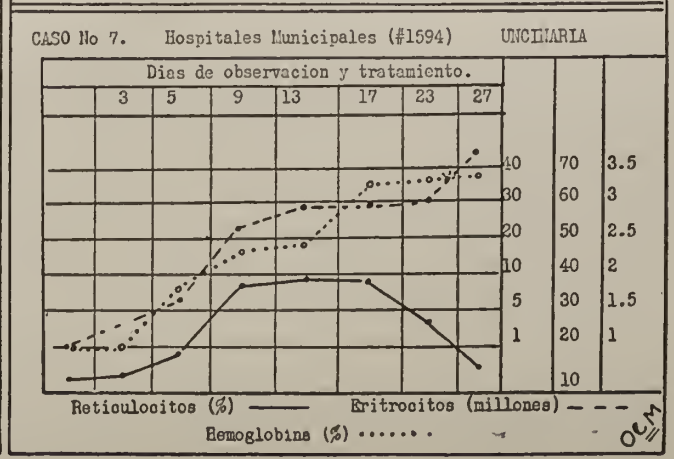
(3) F. D.... 46 años. Blanco. Caso No. 368. Hospital de la Universidad. Ingresó en Noviembre 22, 1930, quejándose de diarreas desde hace 6 meses. 10 a 16 deposiciones diarias típicas de esprú, habiendo perdido 51 libras de peso. Presenta un cuadro clínico de caquexia grave de esprú exceptuando la lengua que no aparece excoriada. En su historia hace referencia sin embargo a haber sufrido de irritación y ardor en la boca y lengua pero lo atribuyó entonces a las medicinas que tomaba. Su peso al ingresar era 94½ libras. Excreta para parásitos, negativa, orina y Wassermann, también negativos. En Nov. 24, su jugo gástrico no contenía ácido clorhídrico libre con la comida de prueba de Ewald, ni tampoco en Enero 7 con la inyección estimulante de histamina (22). Acidez del jugo duodenal 4°, tripsina 20 unidades, amilasa 50 unidades, lipasa 0.4 unidades. La química de la sangre era normal. El colesterol 112.4 mgms. El calcio en el suero 8.0 mgms. y el fósforo 3.8 mgms. Indice ictérico 9.4. En Nov. 23 tenía el paciente 580,000 hematies y 10% hemoglobina (Dare), 45% polys, 58% linfocitos pequeños, 1% mononucleares grandes. Casi un mes después en Dic. 21 los hematies eran 540,000 por mmc. y seguía la hemoglobina en 10%. En enero 8, 1931, tenía 750,000 eritrocitos y 15% hemoglobina. Con la administración del extracto acuoso de hígado once días más tarde los eritrocitos habían subido a 2,025,000 y la hemoglobina a 20%. En febrero 6, 1931 tenía el paciente 2,410,000 hematies y 50% hemoglobina y el día 16 de febrero 2,900,000 hematies y 55% hemoglobina.

Al ingresar se sometió el paciente a la dieta ordinaria de esprú y se le administraron distintas fórmulas **"standard"** conteniendo bismuto, creta, pancreatina, takadiastase, magnesia y carbonato cal. Desde Diciembre 6 hasta Diciembre 21 se le administró Ventriculina (30 gramos diarios). El número de deposiciones disminuyó gradualmente desde 19, en Noviembre 23 hasta 1 el 30 de Noviembre. Durante todo el mes de Diciembre tuvo 4 deposiciones diarias. El peso disminuyó al principio hasta 88 libras pero a fines de Dic. estaba en 97½ libras, bajó a 88¾ libras en Enero 10. El contage de eritrocitos se mantuvo sin gran variación aunque con tendencia a disminuir mientras se administraba la ventriculina siendo su cómputo 540,000 y la hemoglobina 10% en Diciembre 21. **La ventriculina en dosis adecuada se administró durante 16 días y no provocó reticulocitosis alguna.** El paciente seguía perdiendo terreno, las deposiciones habían vuelto a aumentar desde el día 3 de Enero 1931 y se sucedían de 10 a 20 diarias. Se instituyó una dieta estricta de frutas, polvo de Dover 0.15 gm. cada 6 horas desde Enero 3 a Enero 8, glucosa, cucharada "per os" tres veces al día y 10 unidades de insulina antes de almuerzo y antes de comida desde Enero 5 a Enero 18. Tan pronto disminuyeron las deposiciones se le agregó carne desgrasada asada a la parrilla, casi cruda, plátano amarillo, yautías, otros vegetales, leche, café sazonado con sacarina. En Enero 14 tenía una dieta especial mixta de 1793 calorías y en enero 21 estaba ingiriendo totalmente una ración de 3339 calorías. El extracto de hígado acuoso se empezó


CASO No 2.
Hospitales Municipales
(# 1717) ESPRU
R HB E
Dias de observacion y tratamiento.
2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 24 26 28 30 32
40 70 3.5
30 60 3
20 50 2.5
10 40 2
5 30 1.5
1 20 1
0 10
Ext. acuoso de higado...90cc.
Reticulocitos (%)
Eritrocitos (millones)
Hemoglobina (%)


CASO No 6 "University Hospital" (#406) UNCINARIA
Dias de observacion y tratamiento
1 3 4 6 8 10 12 14
R HB E
Uncinaria 48,900 ovas.
Ext. acuoso de higado.....90cc.
20 50 2.5
10 40 2
5 30 1.5
1 20 1
Reticulocitos (%)
Eritrocitos (millones)
Hemoglobina (%)

CASO No 4 Hospitales Municipales ESPRU
Dias de observacion y tratamiento
5 8 13 19 22 24
40 70 3.5
30 60 3
20 50 2.5
10 40 2
5 30 1.5
1 20 1
0 10
Reticulocitos (%)
Eritrocitos (millones)
Hemoglobina (%)


CASO No 7. Hospitales Municipales (#1594) UNCINARIA
Dias de observacion y tratamiento.
3 5 9 13 17 23 27
40 70 3.5
30 60 3
20 50 2.5
10 40 2
5 30 1.5
1 20 1
10
Reticulocitos (%)
Eritrocitos (millones)
Hemoglobina (%)

el dia 9 de Enero, el 12 su sangre arrojaba un 18% de reticulocitos y el 15 de Enero los reticulocitos habían subido a 65% **(la cifra más alta que hemos podido encontrar en la literatura)** y bajaron a 3% el 23 de Enero. Los eritrocitos aumentaron también, 10 días después de haberse instituído el tratamiento hepático sumaban 2,025,000 y la hemoglobina era 22%. El día 6 de Febrero la hemoglobina era 50% y los eritrocitos 2,410,000. Las deposiciones han sido sólidas y en número de una a dos diarias desde Enero 12 y el peso ha aumentado gradualmente desde Enero 10 que era 88¾ hasta 106 libras que pesaba el día 17 de Febrero.

(4) M. R..... 30 años. Blanca. Caso Hospitales Municipales de San Juan Ingresó el día 2 de febrero 1931. Diagnóstico Esprú. (Había sido previamente diagnosticada y tratada como tal en el Hospital Presbiteriano de San Juan). Los exámenes rutinarios de excreta y orina son negativos al igual que la reacción de Kahn en la sangre. Secreción gástrica (Ewald) HCl libre 39°, Combinado 18°, Acidez Total 80°.

Febrero 1, 1931. Leucocitos 7,200. polys 64%, linfocitos pequeños 23%, mononucleares grandes 7%. eosinófilos 6%. hematies 2,210,000, hemoglobina 40%, retículositos 0.4%. Febrero 5. reticulocitos 0.8%, 3% en Febrero 13. El día 19 de febrero: hematies 3,620,000, 60% hemoglobina, reticulocitos 6%. Hasta Febrero 12. debido a equivocación de la enfermera tomaba el enfermo 45 cmc. diarios del extracto de hígado y desde esa fecha se le aumentó a la dosis recomendada de 90 cmc. diarios.

(5) J. F.... 65 años. Blanco. Caso No. 2892. Hospitales Municipales de San Juan. Ingresó el día 2 de Enero de 1931. Viejo muy emaciado. Da una historia de haber pesado 174 libras. Su peso actual es 98 libras. Diarreas frecuentes desde hace cinco meses.

Diagnóstico, Caquexia de esprú.

Orina y Excreta, Negativos.

Jugo gástrico, Acido clorhídrico libre O°

Química de la sangre N. P. N. 41.1 mgm, Creatinina 1.2 mgm.

Urea N.—19.4 mgm., glucosa 92.4 mgm. ácido úrico 3.8 mgm.

Enero 10, 1931.—Sangre:

Eritrocitos 1,240,000, Hemoglobina (Tallquist) 30%.

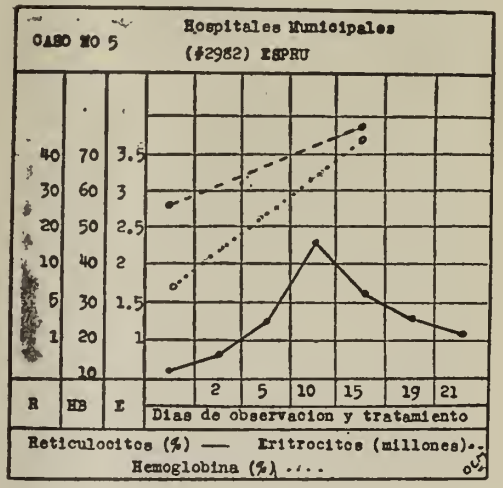
Sin haberse sometido a tratamiento de ninguna especie ni a dieta especial:

Febrero 3: eritrocitos, **2,600,00; hemo**globina, 30%; reticulocitos, **0.2%.**

En esa fecha se empezó el extracto de hígado pero la enfermera no le daba mas que 45 cmc. diarios en vez de 90. Desde el día 12 de Febrero toma la dosis completa.

Febrero 5, 1931: Reticulocitos, 0.9%
Febrero 8, 1931: Reticulocitos, 1.2%
Febrero 13, 1931: Reticulocitos, 11.%
Febrero 18, 1931: Reticulocitos, 4.%

En esa última fecha los eritrocitos eran 3,700,000 y la hemoglobina 70%.



(6) B. M..... 16 años. Blanco. Caso No. 416. Hospital de la Universidad. Ingresó en Enero 30, 1931. Este caso fué enviado por nosotros del Hospital Municipal una semana después de haberle administrado 2.4 cmc. de una mixtura de Tetracloruro de Carbono y aceite de Quenopodio 2 x 1. Extremadamente pálido, pero no emaciado. Alguna fiebre. Soplo sistólico sobre la mitral transmitido hasta la axila. Al ingresar pesa 98½ libras. Kahn y Wassermann=negativos. Jugo gástrico normal en acidez. Orina=lige-

ras trazas de albúmina. Leucocitos 10,800. Polinucleares 84%, Hemocultivo=negativo. La Excreta demuestra 48,900 huevos de necator americanus (método de Stoll) y 2,700 Triquiurius. Enero 31: Eritrocitos, 800,000. Hemoglobina—10%, (Dare) **No se trata la uncinaria.** Se somete a dieta **"full sprue"** y se administra 30 cmc. extractò acuoso de hígado tres veces al día, después de las comidas. Apesar de la fiebre hay alguna reacción de reticulocitos. Febrero 4 es 1.2%, Febrero 6 es 1.%, Febrero 8 es 2.3%, Febrero 10 es 6.5%. En ese dia los eritrocitos eran 780,000 y la hemoglobina había aumentado a 10%. Febrero 12: Reticulocitos, 3.0%. Febrero 14, 4.7%. Los eritrocitos al día 16 de Febrero eran 1,200,000 y la Hemoglobina 25%.

(7) A. G..... 23 años. Blanco. Caso No 1594. Hospitales Municipales de San Juan. Ingresó el día 9 de octubre 1930. Muy débil, mareos, cefalalgia. Da una historia de fiebres y escalofríos. Muy anémico, tinte color limón. Bazo palpable. Sangre es negativa para malaria. La excreta demuestra una fuerte infección de uncinaria. Análisis gástrico=normal. hematies 970,000. hemoglobina (Tallquist) 10 a 20%. Se administraron 2 tratamientos de 2.4 cm. Tetracloruro de Carbono y Aceite de Quenopodio (2x1). Apesar del vermífugo 3 semanas más tarde Nov. 5 su sangre tenía 980,000 hematies, hemoglobina (Tallquist) 10-20%, reticulocitos 0.2%. En esa fecha se empezó el tratamiento con el extracto acuoso de higado. Los reticulocitos aumentaron lentamente, alcanzando la cifra más alta 8% en Noviembre 18, manteniéndose en 8% hasta noviembre 22 y volviendo a 0.2% en Diciembre 2. Dado de alta el día 16 de Enero 1931, teniendo entonces un cuadro hematológico normal **apesar de haberse suspendido la administración del hígado hacía mes y medio.**

DISCUSION DE LOS CASOS:

Hemos presentado un número de casos todos los cuales han respondido al uso del extracto acuoso de hígado no solamente con un aumento de hemoglobina y del número de eritrocitos sino también con una reticulocitosis que varía notablemente en cantidad y en duración.

Los casos números 1, 2 y 3 eran casos típicos del tipo displástico de anemia según la clasificación del Dr. Ashford (23). El 2 y el 3 además del índice colorimétrico alto presentaban aquilia gástrica y respondieron tan espectacularmente como responden al extracto de hígado No. 343 los casos de anemia perniciosa primaria o idiopática.

Los casos número 4 y 5 los consideramos como casos de anemia secundaria, no solamente porque no se encontraron células rojas nucleadas y el índice colorimétrico es menos 1, sino también porque las células teñidas aparentan ser de tamaño normal, hay poca variación en su forma y una muy marcada acromia o falta de pigmento de hemoglobina. Quiero llamarles la atención al hecho de que el caso número 5 apesar de ser un hombre viejo (65 años) respondió con más reticulocitos (11 por ciento) que la paciente número 4.

Los casos número 6 y 7, aunque no son de esprú, los hemos incluído porque son casos típicos de anemia secundaria producida por el necator americanus. Existen reportados en la literatura casos de anemia perniciosa producida por la uncinariasis, pero estos dos casos no pueden ser considerados como tal. El número 6 nos interesa además por haber conseguido mejorar su cuadro hematológico y provocar ligera reticulocitosis (6.5%) mientras el paciente tenía alguna reacción febril y su excreta contenía 18,900 huevos de uncinaria por gramo.

El Dr. Ashford (23) en su bien documentado trabajo presentado ante el Congreso Internacional de Medicina Tropi-

cal e Higiene, celebrado en Cairo (1928), reporta un caso de anemia de esprú de tipo displástico que respondió a su dieta "*standard*" rica en carne, con un aumento de reticulocitos. No hubo aumento de reticulocitos en los 6 casos reportados por el Dr. Ashford (23) como casos de esprú, sospechosos de esprú o del síndrome "nutritional umbalance" cuya anemia había clasificado como no-megaloblástica. Es conveniente saber que en todos esos casos se usó el extracto cristalizado o sea la fracción anemia perniciosa.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.—Hemos recopilado en este trabajo la literatura reciente que se relaciona con el tratamiento del esprú.

2.—Volvemos a insistir sobre el factor dietético ya mencionado por Ashford desde el 1921 e insinuamos la importancia que pudieran tener los descubrimientos bio-químicos de los últimos años, sobre todo en cuanto al factor restringido "*limiting factor*" del "complejo" vitamina B.

3.—Creemos que la glucosa e insulina usada en las dosis indicadas, son una buena ayuda terapéutica en los casos desnutridos o caquécticos de esprú.

4.—El caso número 3 respondió con la reticulocitos más alta reportada en la literatura del esprú.

5.—El extracto acuoso de hígado E 29 provocó una reticulocitosis no sólo en casos de anemia de tipo pernicioso en esprú, sino también, aunque menos espectacularmente en los casos de anemia secundaria.

6.—Ante la duda con respecto a la clasificación de un caso de anemia, sugerimos el empleo del extracto acuoso del hígado por contener éste tanto la fracción anemia secundaria, como la fracción anemia primaria y por ser además rico en sales de hierro y en "complejo" vitamina B.

Le agradecemos al Dr. Pons del Hospital de la Universidad y al Dr. García Estrada de los Hospitales Municipales de San Juan la cooperación prestada haciéndonos los contajes de reticulocitos en los casos reportados aquí.

BIBLIOGRAFIA

1.—**Fairley, N. H.**—"Sprue-Pathology, Biochemistry & Treatment". Transactions of the Royal Soc. of Trop. Med. & Hyg. Vol. XXIV. No. 2. Agosto 1930.

2.—**Ashford, B. K.**—"La Carencia de Ciertos Elementos Alimenticios como Causa Predisponente del Esprú, Pelagra y Beriberi en Puerto Rico." Bol. Ass. Med. de P. R. Vol. 1921: 249.

3—**Nicholls, Lucius.**—"Etiology of Sprue, Pel-agra & Scurvy." Journ. Trop. Med. & Hygiene. Vol. XXII. No. 3. Feb. 1919: 24.

4.—**Mc. Lister.**—"Nutrition and Diet in Health and Disease." W. B. Saunders—1928:78.

5.—**Dennet, Roger H.**—"Routine Use of Vitamin B factor in Infant Feeding."—Jour. of A. M. A. Marzo 1929.

6.—**Gortner, R. A.**—"Outlines of Bio-Chemistry." Publishers John Wiley & Sons, Inc. 1929: 68.

7.—**Rogers, Sir Leonard** —"Recent Advances in Tropical Medicine." Publishers P. Blakiston's Son & Co. Second Edition 1929.

8.—**Sherman, H C. y J. H. Axtmayer.**—"A Quantitative Study of the Problem of the Multiple Nature of Vitamin B. Jour. of Bio-Chem. Vol. LXXV. No. 1. Oct. 1927.

9—**Smith, Sybil L.**—"The Multiple Nature of Vitamin B." Jour. of Home Economics. Vol. 20. No. 4. Abril 1928.

10.—**Bourguin, Anne.** — "Experiments on the Quantitative Determination of Vitamin G." Columbia University 1929.

11.—**Axtmayer, J. H.**—"Study of the Vitamin B complex of Red Kidney Beans & Polished Rice."—Jour. of Nutrition. 2 Sept. May 1929-1930: 353.

12.—**Axtmayer, J. H.**—"Study of the Vitamin B complex of Yellow Yautía and of Plantain." P. R. Jour. of Pub. Health &

Trop. Med. Vol. VI. No. 2. Dec. 1930:229.

13.—**Fitz-Hugh Jr. Thomas** —"Liver Therapy, Chemical, Hematological & Clinical Aspects." Medical Clinics of North America. W. B. Saunders. Jan. 1931: 941.

14.—**Whipple, G. H., F. S. Robscheit-Robbins and G B Walden.**—"Blood Regeneration in Severe Anemia—A Liver Fraction Potent in Anemia due to Hemorrhage." Am. Jour. of Med. Sci. 179-1930: 628.

15—**Ashford, B. K.** — "Liver Extract in the Treatment of Anemias of Sprue." P. R. Review of Pub. Health and Trop. Med. Vol. IV. 1928: 78.

16.—**Chanupin, Alfred Ph. D.**—"Vitamin B. complex in a concentrated Aqueous Liver Extract." Virginia Med. Monthly. Jan. 1931.

17.—**Costa Mandry, O.**—"Immunological Investigations of Sprue." P. R. Review of P. H. & Trop. Med. Vol. IV. 1928: 212.

18.—**Editorial.**—Jour. of the A. M. A. Dec. 1. 1928.

19.—**Cowgill, G. R.**—"Jour. of Bio-Chem. 1925. Vol. VI. 725.

20.—**Porter, W. B., J. P. Williams, J. C. Forbes and H. Irving.** "Aqueous Extract of Liver: Development & Use in Treatment of Pernicious Anemia." Jour. of the A. M. A. July 20, 1929.

21.—**Porter, W. B. and J. E. Rucker.**—"The Treatment of Non-Tropical Sprue with Liver Extract." Am. Jour. of Med. Sci. Mar. 1930. No. 3 Vol. CLXXIX: 310.

22.—**Suárez, Ramón M.**—"La Histamina y la Secreción Gástrica en Algunas Enfermedades Tropicales." Bol. Ass. Med. de P. R. Año XXII. No. 175. Enero 1930.

23.—**Ashford B. K.** — "Extract Du Comptes Rendus Du Congres International de Medecine Tropicale et D'Hygiene. Cairo, Egipto. Diciembre 1928. Tomo II.

24.—**Baumgartner, E. A.**—"The Blood Piteture in Tropical Sprue". Folia Haematológica 43. Bd. Heft 1-2 1930.

25.—**Cook, D. H. Trinita Rivera.**—"Rice and Beans as an Adequate Diet."—P. R. Jour. of Public Health and Tropical Medicine.—Vol. V—1929: 16.

FRENICECTOMIA (*)

JOSE A. AMADEO

El primero en proponer la frenicectomía como intervención quirúrgica adaptable al tratamiento de la tuberculosis pulmonar fué Stuertz en el año 1911, aunque ya en el 1904 Sauerbruch había hecho por primera vez la operación durante una experimentación animal, pero sólo con la idea de facilitarse la recepción de un esófago. Stuertz propuso la operación como medio de colapsar lesiones unilaterales de la base, recomendándola solamente an aquellos casos en que fuese imposible el pneumotórax artificial por la presencia de adherencias pleurales. Schepelman más tarde en el 1913 confirmó por experimentación animal esta idea de Stuertz y además expuso la idea nueva de que una parálisis del diafragma también favorecía la cicatrización de lesiones tuberculosas de los ápices.

Ralf Matson y Baisaillón en el onceavo congreso de la Asociación Nacional de Tuberculosis reportaron dos casos operados en el 1914 diciendo que la operación era de un valor dudoso puesto que observaron en uno de los casos un rápido retorno de la función del diafragma en el lado operado. En esta época ya Sauerbruch en su clínica de Zurich había operado 26 casos, pero como también observó que solamente en cinco de estos 26 casos la parálisis obtenida había sido permanente, se perdió el interés en esta intervención quirúrgica hasta que Félix en el año 1922 lo despertó de nuevo al publicar su trabajo brillante de investigación sobre la anatomía del nervio frénico.

La operación propuesta por Stuertz consistía solamente en la simple incisión del nervio frénico. Félix explicó la causa de los fracasos de esta simple frenicotomía demostrando que en un 25 a un 35% de las personas existen anomalías del nervio frénico en forma de fibras accesorias que generalmente se unen al tronco principal por debajo de la clavícula y por lo tanto a un nivel mucho más bajo que el de la operación, siendo estas fibras accesorias capaces de mantener la inervación necesaria. Entonces Félix propuso la exéresis del nervio después de su incisión con lo cual al tirar y extraer una gran parte del tronco principal, se interrumpe también la inervación de posibles fibras accesorias que conectasen a un nivel más bajo.

Los resultados obtenidos con esta modificación de la técnica que da una parálisis total y permanente han sido tan brillantes que la operación muy pronto llegó aceptarse, a establecerse definitivamente y a generalizarse en el mundo entero como un procedimiento de verdadero valor en el tratamiento quirúrgico de casos seleccionados de tuberculosis pulmonar.

Hace alrededor de dos años el doctor Bonime nos honró también con su visita y durante ella hizo la primera operación de nervio frénico en Puerto Rico de que tuviéramos conocimiento. Es para nosotros una satisfacción inmensa demostrarle a nuestro eminente y distinguido colega que la semilla sembrada por él en aquella época, no se perdió del todo y

(*) Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 1930.

fructificó en estos pocos casos que tenemos el honor grandísimo de dedicarle al presentarlos respetosamente a la consideración de esta distinguida asamblea. Lo hacemos de la manera más apologética por lo corto del número, pero es que sólo contamos con el material tan escaso de una clientela privada limitadísima, ya que no tenemos conexiones establecidas con instituciones de beneficencia que nos supliesen material más abundante.

En todos los casos menos en el número cuatro en el que se hizo una frenicotomía simple porque se intentaba un efecto temporal, se trató de hacer la exéresis radical de Félix. Como verán por los especímenes de nervios extraídos que presentamos, hay muchísima variación en la longitud del tronco que es posible extraer. Adherencias en el mediastino casi siempre son el factor más importante en determinar el nivel al cual se rompe el nervio durante la exéresis.

Nos falta tiempo para comentar la técnica quirúrgica de la frenicectomía. De todas maneras no vale la pena puesto que se encuentra en muchos libros de textos. Solamente merece mencionarse que se hace siempre al igual que la institución de un pneumotórax, con anestesia local y con muy poca más molestia para el enfermo: que no debe intentarse nunca sin un conocimiento perfecto de la anatomía del cuello; que después de adquiridos éstos en la disección de un número suficiente de cadáveres hasta haberse dominado las anomalías del nervio frénico, la operación resulta una intervención de cirugía menor muchísimo más fácil que la institución de un pneumotórax artificial y ofrece menos peligro para la vida del enfermo; que como veremos en el caso número cinco el valor choque genésico de la frenicectomía puede ser hasta menor que el de la administración de un pneumotórax artificial.

CASO NO 1.—C. P.—Octubre 8, 1929. Llamado a ver por primera vez la enferma encontré un caso en los últimos estados de tuberculosis pulmonar con emotisis fuertes, repitiéndose a intervalos cortos de un mes, fiebre constante fluctuando entre 38 y 39-$\frac{1}{2}$ grados, emaciada, con apariencia marcadamente caquéctica. El examen de pecho revelaba lesiones extensas, envolviendo totalmente el paréuquima de los dos pulmones, con más intensificación en el pulmón izquierdo. La paciente hacía seis meses que estaba en cama y la enfermedad seguía un curso rápidamente cuesta abajo. El prognóstico era el peor que se podía concebir. La paciente fué trasladada al Sanatorio Amarosa en octubre 10 de 1929, apesar de no haberle dado ninguna esperanza de curación a la familia.

Octubre 13, 1929:—*Radiografía de Pecho.*— Infiltraciones parenquimatosas de casi todo el pulmón derecho y de todo el pulmón izquierdo, de más intensidad y con mucha más inflamación perifocal en el izquierdo, y con evidencia de cavitaciones extensas en el lóbulo superior izquierdo. (Caso I—Fig. 1).

Examen de Esputo — 10 Bacilos de Koch por campo.—Bajo tratamiento de rutina sanatorial la condición general de la enferma empezó a mejorar paulatinamente, las emoptisis desaparecieron y hubo una visible mejoría en la curva térmica de la enferma. Sin embargo, en los exámenes físicos semanales de rutina, no se podía apreciar ninguna mejoría en la condición patológica pulmonar, y también en los exámenes de esputo consecutivos no se notaba tendencia a disminución en el número de bacilos de Koch por



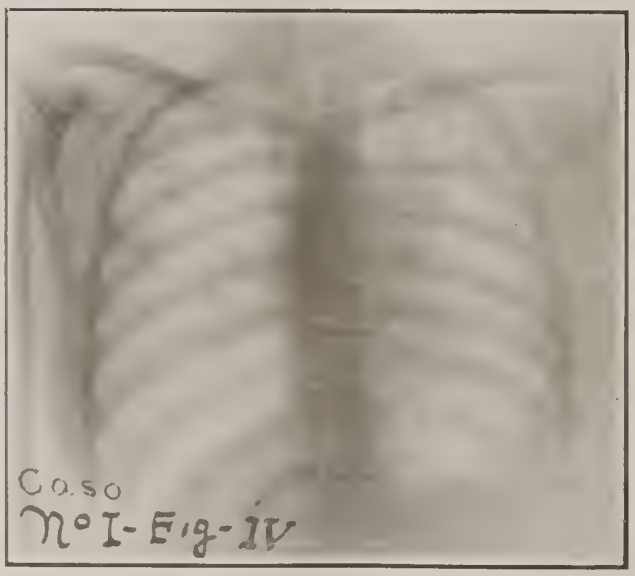
Caso I.—Fig. 1.



Caso 1.—Fig. 2.



Caso 1.—Fig. 3.



Caso I.—Fig. 4.

campo. Febrero 27 de 1930.—*Radiografía de pecho*: Hay mucha más inflamación perifocal en las lesiones a pesar de ser mucho mejor la condición general de la enferma. (Caso 1—Fig. 2).

Agosto 10 de 1930:—Condición general de la enferma y condición local pulmonar más o menos estacionarias. La paciente ha continuado todo este tiempo en el Sanatorio con fiebre que fluctúa de 37 1|2 a 38 grados. Ha desarrollado síntomas de complicación intestinal; esputo persiste siempre fuertemente positivo, en todos los exámenes. Continúa una tos marcada que requiere codeína casi continuamente. Expectoración muy abundante y siempre de tipo purulento. Es siempre aparente al exámen físico que el pulmón izquierdo es el responsable principalmente del cuadro tóxico de la enferma. Se recomienda la frenicectomía como intervención paliativa en el lado más enfermo. *Septiembre 2 de 1930:* Radiografía antes de la frenicetomía. Caso I-Fig. 3. demuestra que el proceso fímico pulmonar sigue empeorando. Se lleva a cabo con éxito la frenicectomía en el lado izquierdo, el más enfermo. Septiembre 20 de 1930: La paciente se siente tan mejor que decide dejar el Sanatorio Amarosa y seguir el tratamiento en su casa. Durante los últimos 10 días ha estado completamente afebril por primera vez durante los últimos 18 meses.

Octubre 27 de 1930: *Radiografía de pecho* (Caso 1—Fig. 4). Ha habido una mejoría verdaderamente sorprendente no sólo en las lesiones del lado izquierdo, sino que también en las lesiones del pulmón controlateral. La paciente ha ganado seis libras en peso después de la operación, y dice que la tos y la expectoración se le han disminuído en más de un 80%. El examen de esputo, sin embargo, persiste positivo.

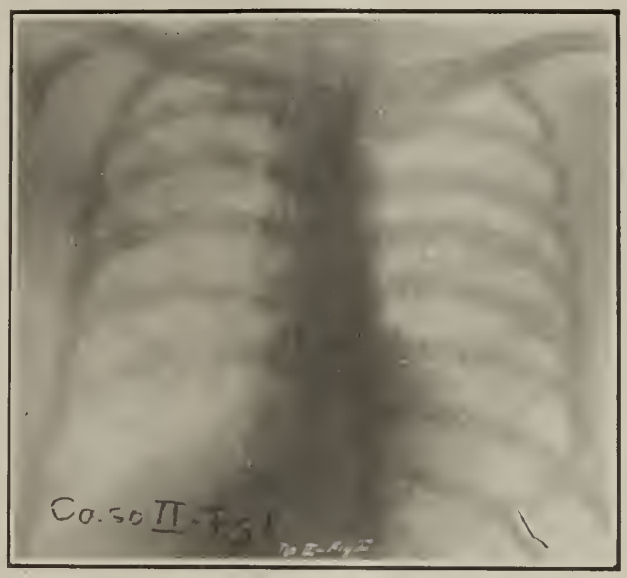
CASO NUMERO 2.—N. R.—blanco, casado, 48 años. Agosto 21 de 1930. El médico de su pueblo le hizo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, y le dijo que se pondría bueno en tres meses en un Sanatorio. Ingresó en el Sanatorio Amarosa en agosto 21 de 1930. Emaciación moderada, peso 117 libras, curva febril fluctuando de dos a ocho décimas. Tos marcada, persistente con paroxismos fuertes, productiva de una cantidad de expectoración mucropurulenta que varia la entre seis y ocho onzas en las 24 horas. Afonía casi completa. Examen de pecho demostraba fácilmnte lesiones parenqnimatosas, extensas, unilaterales, de los lóbulos superior y medio del pulmón derecho, con una cavidad al nivel de la segunda costilla. Examen de esputo, ocho a diez bacilos de Koch por campo. En la laringe habían infiltraciones tuberculosas típicas muy marcadas.

Durante los subsiguientes dos meses de cura sanatorial el paciente ganó cinco libras en peso y su condición general y local pulmonar había mejorado considerablemente.

Oct. 12, 1930:—*Radiografía del pecho.* (Caso II-Fig. 1). Demuestra un residuo de lesión patológica pulmonar en los lóbulos superior y medio pulmón derecho, con cavidad tipo "panal de abejas" al nivel de la segunda costilla, suficiente para considerar que el paciente necesitaría prolongar su cura sanatorial probablemente por un período de un año. El esputo se mantenía fuertemente positivo. Las lesiones de laringe y la afonía persistían. El paciente solamente tenía recursos para dos meses de sanatorio y requirió algo que acelerara su cura. Al considerar con él el tratamiento de pneumotórax artificial,

el paciente objetó por vivir muy lejos de Ponce y no serle posible continuarlo cuando saliese del sanatorio. Considerando que quizás fuese suficiente con una frenicectomía optamos por ésta, la que se llevó a cabo con éxito en octubre 23 de 1930. Un mes después de la operación el paciente se consideró suficientemente mejorado para poder seguir su cura en la casa y dejó el Sanatorio. Diciembre 23 de 1930.—Un mes después de permanecer en su casa, el paciente viene a Ponce y se presenta en la oficina para examen: peso 140 libras, condición general espléndida, no ha habido una sola décima durante el último mes, su afonía casi ha desaparecido y la condición de su laringe ha mejorado notablemente. En el examen físico no se nota ningún estertor, los signos físicos de cavidad han desaparecido. *Radiografía.* (Diciembre 23, 1930. Caso II. Fig. 2.) — Demuestra parálisis y ascenso marcado en el hemidiafragma derecho, hay una obliteración completa de la cavidad y una mejoría marcada en las infiltraciones parenquimatosas.

CASO NUMERO 3—C. V.—blanco, soltero. 19 años. Ingresó en el Sanatorio Amarosa en enero 9 de 1930. Caso unilateral moderadamente avanzado pulmón derecho. Esputo positivo. Condición general bastante mala. Enero 11, 1930. *Radiografía de pecho* (Caso II-Fig. 1) confirma lesiones muy intensas, con muchísima inflamación perifocal de todo el lóbulo superior y de todo el lóbulo medio del pulmón derecho, con pulmón controlateral izquierdo en estado bastante bueno excepto por engrosamiento del hilio e infiltraciones peibronquiales diseminadas. La condición general del paciente bajo tratamiento sanatorial de rutina mejoró progresivamente, pero al cabo de un mes hubo repentinamente una hemotsis fuerte de alrededor de doce onzas. La sangre se examinó y estaba minada de bacilos de Koch. Después de 24 horas la tendencia a sangrar había desaparecido. Después de la hemotisis la condición general, y la condición local pulmonar del enfermo mejoraron tan notablemente que nos llenamos de esperanzas de que el paciente pudiera hacer una cura espontánea, y nos limitamos a seguir tratamiento general llenos de entusiasmo. Un mes después el paciente estaba completamente afebril y el pulso nunca pasaba de 80. Se mantuvo, sin embargo, dos meses más en descanso absoluto en cama, y como al cabo de ellos no había habido ninguna evidencia de actividad en sus lesiones, el doctor Rodríguez Pastor empezó a darle ejercicio progresivamente. Cuando éste llegó a media hora, mañana y tarde, hubo otra fuerte hemotisis repentina, la que desapareció a las 48 horas. Entonces decidimos colapsar el pulmón derecho, dada esta tendencia hemotóica; pero por desgracia por más que nos esmeramos y probamos repetidas veces, tanto el Dr. Rodríguez Pastor como el Dr. Amadeo nunca pudimos llegar a instituir un colapso satisfactorio por la presencia de adherencias pleurales extensas. Por lo tanto, nos vimos obligados a conformarnos con continuar el tratamiento general y sanatorial de rutina advirtiéndole al enfermo, y éste estando conforme que tendría que seguirlo probablemente un año sin ejercicio para asegurarnos de que no hubiese otra recaída hemotóica. Tres meses después la condición del enfermo era muy satisfactoria, pero por desgracia el padre del paciente tuvo un revés en su salud y en sus negocios que le hacía imposible sostenerlo en el Sanatorio por tiempo indefinido. Sep. 1, 1930. *Radiografía del pecho*: Caso III. Fig. 2.) Demuestra una mejoría muy



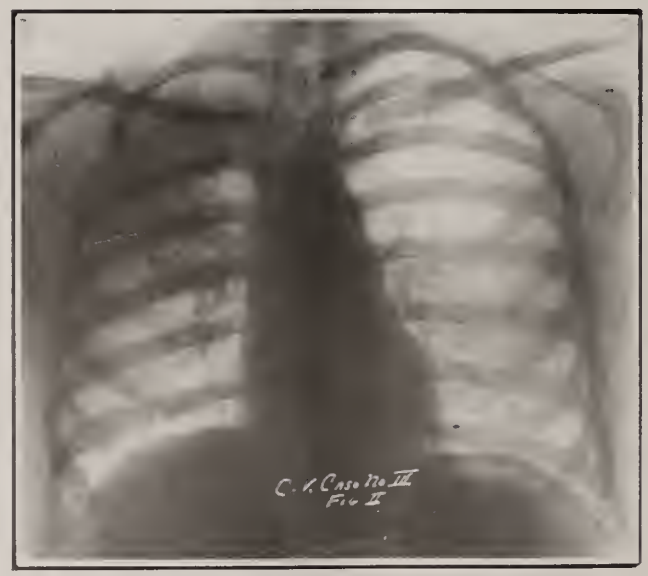
Caso II.—Fig. 1.



Caso II.—Fig. 2.



Caso III.—Fig. 1.



Caso III.—Fig. 2.



Caso III.—Fig. 3.



Caso IV.—Fig. 1.



Caso IV.—Fig. 2.



Caso IV.—Fig. 3.

marcada, pero al mismo tiempo el residuo patológico era suficiente para hacer necesaria la cura sanatorial prolongada antes indicada. El paciente, dadas las circunstancias especiales, suplicó se le hiciese algo que pudiese acelerar su cura. Ya que el pneumotórax era imposible, tuvimos que optar por una frenicectomía, la que hicimos con éxito en septiembre 15 de 1930. Noviembre 20 de 1930. *Radiografía del pecho*: Caso III. Fig 3) Demuestra una mejoría mucho más marcada durante los dos meses subsiguientes a la operación que la que fué posible obtener durante los 8 meses anteriores con cura sanatorial solamente. El paciente fué enviado a su casa. Creemos que su tendencia hemotóica ha sido disminuída y que no habrá tanto peligro de que repita e interrumpa de nuevo su tendencia a mejorar.

CASO NUMERO 4.— R. I.— blanco, varón, 33 años. Historia familiar y de contacto negativa; historia pasada—Sífilis; historia presente: en mayo 5 de 1930 ataque gripal, seguido de fiebre persistente. Atendido por un colega eminente en Ponce, después de haber buscado minuciosamente todo foco posible que justificase fiebre, le ordenó radiografía de pecho en julio 1, 1930. (Caso IV. Fig. 1.) Esta demostró inflamación en el vértice derecho y le ordenaron descanso absoluto en cama. *Radiografía*—agosto 1 de 1930: (Caso IV. Fig. 2.) La inflamación persistía. Seguía manifestándose por fiebres de tarde, lasitud, anorexia, dispepsia y pérdida de fuerza. Continuó el tratamiento médico general, mas inteligente y esmerado, tanto antituberculoso como antiluetico con aumento en peso, pero persistiéndole la fiebre. Oct. 20, 1930. En una tercera radiografía (Caso IV. Fig. 3) persistía la pequeña inflamación del vértice, empezó a notar entonces un poco de tos y expectoración. Continuó en cama hasta Nov. 29, 1930 en que agotado económicamente, se presentó a nuestra oficina desesperado y suplicando hiciéramos algo para acelerar su cura o tendría que volver a trabajar enfermo. Examen de pecho: no se nota ningún cambio en la percusión. Respiración tipo bronquiovesicular en el vértice derecho con estertores húmedos moderadamente gruesos al provocarlos haciendo toser al enfermo. Como el examen físico demostraba lesión parenquimatosa y no de la pleura como podía deducirse por las radiografías solamente, optamos por una frenicectomía, ya que la lesión era bastante benigna para esperar su curación solamente con una hemiparálisis diafragmática temporal de seis a ocho meses.

Diciembre 10 de 1930.—Se llevó a cabo la frenicotomía triturándose una pequeña parte del nervio con una pinza hemostática, pero sin cortarlo ni extraerlo.

Diciembre 22, 1930. No hay estertores por mucho que se provoquen en el vértice derecho. La fiebre que había persistido por cuatro meses a pesar del descanso absoluto en cama, ha desaparecido. No hay tos ni se puede obtener esputo para examen.

Rayos X.—Diciembre 22, 1930. Caso IV. Fig. 4.) No hay rastros de inflamación en el vértice derecho.

En doce días después de la operación se ha alcanzado lo que fué imposible en cuatro meses de descanso absoluto.

CASO NUMERO 5. G. R.—hembra, trigueña, casada, 5 hijos. Historia familiar, negativa. Historia de contacto, desconocida. Historia pasada, apendicitis, salpingitis, leucorrea. Operada dos veces de vientre en los últimos dos años, con éter.

Historia presente: Durante los últimos

seis meses ha notado tos y expectoración persistentes, fiebre de tarde, calofríos, sudores nocturnos, pérdida de peso, fatiga, cansancio, anorexia, malhumor, manchas de sangre en el esputo, y dolor en el pecho, lado derecho. Peso usual 115 libras, peso actual diciembre 10 de 1929.—90 libras.

Examen pecho: estertores moderadamente gruesos en los dos lóbulos superiores, más marcados y mucho más húmedos en el lado derecho donde se observan signos físicos característicos de cavidad al nivel de la segunda costilla derecha. Corazón, negativo. Temperatura 38, pulso, 120.

Examen de esputo.—positivo. Bacilo de Koch.

Rayos X.—Diciembre 10, 1930. Caso V. Fig. 1.) Infiltraciones parenquimatosas, lóbulo superior derecho con cavidad al nivel de la segunda costilla. Infiltraciones peribroncales extendiéndose del hilio a la base derecha. Pulmón izquierdo prácticamente negativo.

Condición económica y social la más pobre imaginable. No tiene quien le haga absolutamente nada a ella ni a sus hijos y le es prácticamente imposible hacer descanso en cama y obtener una alimentación adecuada.

Diciembre 11, 1929. Se instituyó con éxito pneumotórax artificial—lado derecho.

Diciembre 21 de 1929. —*Radiografía.* Caso V. Fig. 2.) Después de dos aplicaciones de pneumotórax se nota algún colapso y la cavidad es más claramente discernible.

Enero 17, 1929. *Radiografía* Caso V. Fig. 3.) Después de cinco aplicaciones de pneumotórax, el colapso es mucho más marcado y la cavidad está casi completamente obliterada. Ha ganado tres libras en peso. Ha disminuído la fiebre y hay una mejoría aparente en la condición general de la enferma.

Enero 23, 1930.—Después de administrarse 500 c. c. de gas y de disminuirse una presión intrapleural inicial de 5 y menos (—3) hasta —2 —1, hubo un colapso cardíaco repentino. Las palpitaciones del corazón eran imperceptibles aún con un fonendoscopio. Después de 5 minutos de pánico y de lucha incesante incluyendo la administración de 1 c. c. de adrenalina intracardíaca, empezó a revivir la enferma y al final de cuatro horas pudo ser trasladada de la oficina a su casa.

Febrero 4, 1930.—Pneumotórax, 250 c. c. gas sin reacción.

Febrero 11, 1930. —Pneumotórax, 250 c.c. gas sin reacción.

Febrero 18, 1930.—Pneumotórax, presión inicial —6 —4.

300 c. c. gas administrado.— Presión inicial disminuída a —3 y —2. Colapso cardíaco repentino, igual de intenso al anterior.—4 horas más de lucha para lograr reaccionar la paciente.

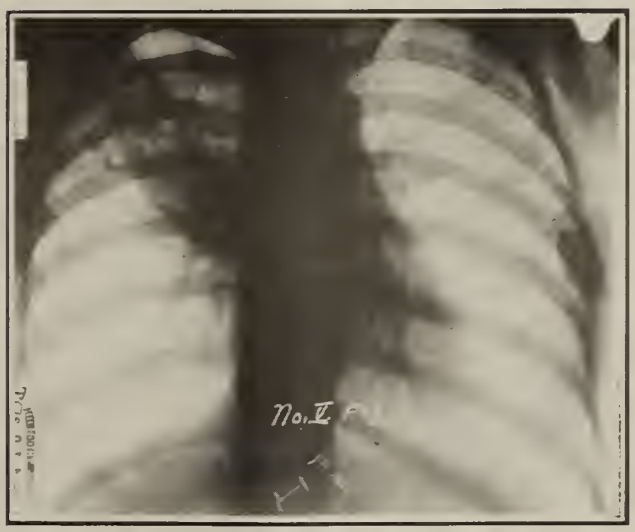
Dos sustos demasiados grandes. Pneumotórax eliminado definitivamente.

Mayo 10, 1930.—Paciente ha estado bajo tratamiento médico general solamente. Empieza a empeorar su condición general y a recrudecerse su condición pulmonar. Se insiste en que trate de hacer un descanso absoluto en cama.

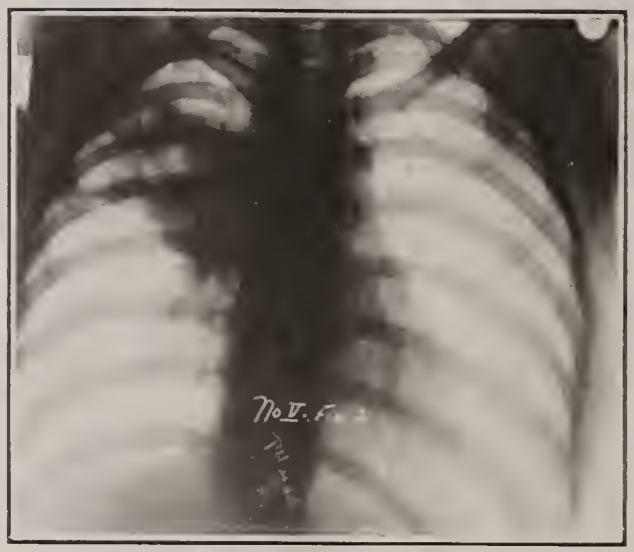
Abril 3, 1930.—Ha perdido cinco libras de peso. Hay una recrudecencia marcada en el proceso pulmonar y sigue empeorando rápidamente su condición general. El pulmón al examen físico se ha reexpandido totalmente y vuelven a notarse signos físicos de la cavidad. Esputo fuertemente positivo.



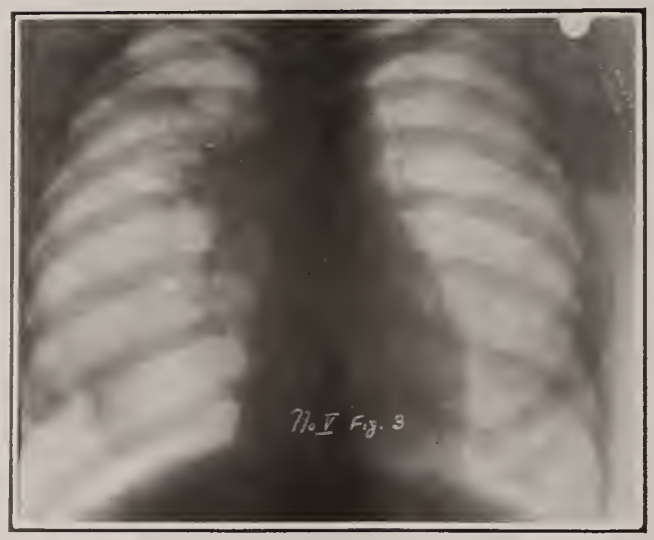
Caso IV.—Fig. 4.



Caso V.—Fig. 1.



Caso V.—Fig. 2.



Caso V.—Fig. 3.



Caso V.—Fig. 4.



Caso V.—Fig. 5.



Caso VI.—Fig. 1.



Caso VI.—Fig. 2.

Abril 7. 1930.—Frenicectomía lado derecho con éxito.

Mayo 7, 1930.—Paciente mejora notablemente y aumenta diez libras de peso. Solamente se notan algunos estertores secos, diseminados en el vértice derecho. Ha vuelto a desaparecer todo signo físico de cavidad.

Mayo 7, 1930. *Rayos X* Caso V. Fig. 4.) Demuestran un ascenso marcado del diafragma derecho que ha producido una retracción de las infiltraciones parenquimatosas y ha hecho desaparecer la cavidad.

Agosto 10, 1930.—Peso 114 libras. Ha ganado un total de 24 libras. No hay tos ni expectoración—no hay fiebre.

Dic. 23, 1930 (Caso V. Fig. 5.) Radiografía demuestra la persistencia de la parálisis hemidiafragmática 8 meses después de la operación y el proceso pulmonar tiende a seguir aclarando; el peso se mantiene en 114 libras.

CASO NUMERO 6.— P. R.—varón, blanco, soltero, 17 años.

Historia familiar: un hermano murió tuberculoso, otro hermano se está muriendo actualmente de tuberculosis.

Historia pasada: asma desde los ocho hasta los 18 años.

Historia presente: desde hace dos años se ha manifestado una tos y expectoración crónica persistente, pero que no lo incapacitaba hasta hace ocho meses en que tuvo una hemotisis fuerte. Desde entonces, fiebres de tardes, opresión en el pecho, tos y expectoración más marcada, anorexia, dispepsia, diarrea, y pérdida de peso de 130 libras hasta el actual. Septiembre 3 de 1930, de 11 libras.

Examen del tórax: no se puede obtener un sólo estertor ni aún provocándolos cuidadosamente. Solamente se nota disminución en la aereación del pulmón derecho. Corazón—negativo—excepto taquicardia tóxica. Temp. 37 1|2—pulso—112—examen de esputos 8 bacilos por campo.

Radiografía.—Sept. 3, 1930: (Caso VI. Fig. 1.) Infiltración parenquimatosa extensa hasta la quinta costilla, pulmón derecho con probables cavidades en el segundo y en el cuarto espacio intercostal. Pulmón izquierdo prácticamente negativo.

Condición económica y social del paciente bastante buena. Durante los últimos ocho meses ha permanecido en cama en descaso asboluto y bajo tratamiento médico esmerado. Paciente vive a más de 100 kilómetros de Ponce.

Aconsejamos pneumotórax por ser las lesiones unilaterales y demasiado intensas.

El paciente opta por una frenicectomía preliminar para ver de evitar el penumotórax por la condición especial de la distancia en que vive.

Octubre 1, 1930.—La frenicectomía se llevó a cabo con éxito. Después de la operación el paciente nota menos opresión en el pecho, y más facilidad en la expectoración. Esta se aumentó en los primeros días post-operatorios, y tendió a disminuir lentamente.

Diciembre 20, 1930.—Hay bastante mejoría en la condición general del enfermo—peso 120 libras, que representa un aumento de 9 libras. No ha tenido fiebre durante el último mes. Solamente expectora por las mañanas y muy poca cantidad y con suma facilidad. Han desaparecido los paroxismos fuertes de tos durante el día.

Examen de esputo.—Tres bacilos por campo.

Radiografía. Dic. 20, 1930. Caso VI. Fig. 2.) Ha habido un ascenso en la posición de las probables cavidades más marcadas en la inferior, pero no hay tendencia a

obliteración. Considerando la tendencia a aglomerarse las infiltraciones con la retracción pulmonar consecutiva al ascenso y parálisis hemidiafragmática, nos parece que ha habido quizás una pequeña mejoría.

Se ha ordenado dos meses más de descanso absoluto al enfermo y se le ha advertido que si no se hace mucho más aparente la mejoría en este intérvalo, insistiremos con el tratamiento con pneumotórax artificial si es que no lo hace imposible la presencia de adherencia pleurales.

CASO NUMERO 7.—C. M. Q.—hembra, de color, 27 años, casada, 4 hijos.

Historia familiar—negativa; contacto, desconocido.

Resfriado, noviembre, 1929. La tos y la expectoración no han vuelto a desaparecer. Debilidad y fiebres de tarde persistiendo. En agosto 1930, hemoptisis—dos poncheras. Después de ésta se acentuó la fiebre de tarde y continuó muy débil, perdiendo peso de 109 libras a 75 libras,; en septiembre 20, 1930 en que viene a consultar por primera vez en nuestra oficina.

Examen físico: completamente emaciada—incapacitada—casi totalmente. Anemia profunda—aparente. Disnea—marcada mucopurulenta.

Examen de pecho.—Taquicardia marcada, tóxica. Pulso—120. Temperatura 37.9 — estertores moderadamente gruesos, muy húmedos y numerosos, lóbulo superior, menos húmedo y numerosos; lóbulo medio pulmón derecho, con signos de cavidad en el lóbulo superior derecho. Pulmón izquierdo, negativo.

Examen de esputo—10 bacilos por campo.

Rayos X.—Sept. 20, 1930. (Caso VII. Fig. 1.) Infiltración parenquimatosas lóbulo superior derecho con una cavidad claramente discernible que ocupa el segundo y hasta la mitad del tercer espacio intercostal, con paredes no muy engrosadas. Pequeñas infiltraciones diseminadas lóbulo medio derecho. Pulmón izquierdo prácticamente negativo.

Condición económica y social de la paciente no le permiten tratamiento sanatorial ni descanso, ni siquiera obtener buen alimento.

No hay camas disponibles en las instituciones benéficas.

Optamos por frenicectomía: tipo de lesión favorable para esta intervención, por no estar las paredes de la cavidad muy engrosadas y estar ésta rodeada de parénquima contractil, capaz de obliterarla cavidad al contraerse, si se produce un relajamiento por parálisis hemidiafragmática.

Septiembre 25, 1930.—Frenicectomía—Se llevó a cabo con éxito.

Expectoración más abundante en los primeros días post-operatorios, pero la paciente comenta espontáneamente la facilidad que tiene ahora de expctorar.

Octubr 20, 1930.—La fiebre ha desaparecido. Los signos físicos de cavidad han desaparecido. Hay muy poca expectoración y solamente al levantarse por las mañanas. Peso—91 libras. Examen de esputo: un bacilo en 10 campos.

Noviembre 21, 1930.—Hay una mejoría notable en la condición general de la enferma—el peso ha aumentado a 96 libras.

Rayos X.—Nov. 25, 1930. Caso VII. Fig. 2.) Demuestran parálisis y ascensos en el hemidiafragma derecho con obliteración marcada de la cavidad y disminución en las infiltraciones del ápice. Las pequeñas infiltraciones del lóbulo medio son casi imperceptibles.



Caso VII.—Fig. 1.



Caso VII.—Fig. 2.



Caso VII.—Fig. 3.



Caso VIII.

Dic. 23, 1930.—*Radiografía.* Caso VII Fig. 3.) La mejoría es algo más aparente.

Naturalmente que siete casos no pueden probar nada y con ellos no pretendemos convencer a nadie del valor de este procedimiento. Sería ridículo. Ya la literatura contiene suficiente número de casos con suficiente proporción de favorables para haberse establecido por estudios estadísticos minuciosos el valor indudable de la intervención. Solamente nos hemos atrevido a presentarlos en número tan limitado por el poco valor como trabajo "pioneer" en la isla que puedan tener, y por pensar que ellos ejemplarizan indicaciones y conceptos de frenicectomías aceptados, pero quizás no bastante generalizados en Puerto Rico, y por lo tanto dignos de que se les den algún énfasis.

Primero, vemos ejemplarizando, cómo la frenicectomía puede ejercer su influencia favorables en lesiones de lóbulo superior y no exclusivamente en lesiones de la base.

Segundo, que no es una intervención tan seria para el paciente como se supone. Que utiliza menos reserva respiratoria que el pneumotórax y por lo tanto impone una carga muchísimo más liviana al pulmón controlateral. (Caso VIII.)

Tercero, que aunque hay la impresión bastante generalizada de que la frenicectomía tiene solamente un valor suplementario a otras intervenciones más radicales en la colapsoterapia quirúrgica, vemos que en casos tempranos la frenicectomía tiene un valor individual e independiente y puede por sí sola influir extraordinariamente en la curación de un enfermo.

Cuarto, que el efecto de una parálisis hemidiafragmática permanente es capaz hasta de llegar a obliterar cavidades en el lóbulo superior.

Quinto, que en casos avanzados bilaterales en que toda otra forma más enérgica de colapsoterapia, incluyendo pneumotórax artificial, está prohibida por la condición también grave del pulmón controlateral, una frenicectomía en el lado más enfermo puede a veces ser suficiente para inclinar la balanza de la vida en favor del enfermo, y puede actuar como método único salvador.

Sexto, vemos ejemplarizada la observación unánime de todos los de gran experiencia que la frenicectomía en vez de interferir, favorece la habilidad de expectorar el enfermo aunque parezca paradógico.

La frenicectomía tiene su puesto tan fijo e indiscutible en la colapsoterapia, lo más importante de la Tisiología moderna, como el que ocupa el pneumotórax artificial. Es indiscutible que el pneumotórax tiene mucho mayor importancia en colapsoterapia que la frenicectomía; pero es principalmente de una manera relativa, porque el pneumotórax es aplicable a un número mucho mayor de casos. Cada una tiene sus indicaciones, cada una es aplicable a diferentes tipos de casos; pero sobre todo, y más importante se suplementan y ayudan considerablemente más bien que substituirse.

En un caso de pneumotórax con adherencias pleurales que eviten un colapso satisfactorio, especialmente cuando hay que obliterar cavidades, la relajación del tejido pulmonar al disminuirse el volumen de esta masa elástica por parálisis hemidiafragmática, puede ser suficiente para ocasionar un colapso satsifactorio y evitarse el enfermo un toracoplastía, mucho más mutilante y con una mortalidad operatoria de alrededor de un 13%, o una

pneumolisis intrapleural por el método endoscópico de Jacabus, mucho más difícil y también más peligrosa por sus secuelas de empiema.

Como coadyuvante de la toracoplastía la frenicectomía es casi indispensable.

Cuando el pneumotórax es imposible por adherencias pleurales, la frenicectomía preliminar muchas veces evita que el paciente llegue a la toracoplastía.

En lesiones no tuberculosas de las bases como abcesos y bronquiectacias está indicada casi exclusivamente la frenicectomía, que además de obliterar eleva la lesión y favorece el drenage, al revés que el pneumotórax que tiende a obliterar el drenage de un material tan séptico.

El pneumotórax es un procedimiento muchísimo más enérgico y más efectivo que la frenicectomía, y por lo tanto en casos unilaterales muy extensos en que uno sabe de antemano que no será suficiente con una frenicectomía, si las circunstancias especiales lo permiten está demás perder el tiempo con ella, y se debe en seguida optar por el pneumotórax; pero si encontramos en ellos el pneumotórax imposible por adherencias pleurales extensas, no habrá más remedio que hacer la frenicectomía y seguirla si fuere necesario por una toracoplastía.

Vemos, pues, que en casos unilaterales extensos o con lesiones de pulmón contralateral cicatrizadas o inactivas, el pneumotórax tiene toda la preferencia, y que en casos avanzados con lesiones bilaterales activas y extensas la frenicectomía ofrece la única posibilidad. Por lo tanto, es solamente en los casos unilaterales menos intensos en los que se puede usar una de las dos técnicas—pneumotórax o frenicectomía; y es en estos en que se presenta el problema de determinar cuál de estos dos métodos de colapsoterapia es el preferido.

Para ello, lo primero que hay que recordar, es que la colapsoterapia se puede y se debe devidir en métodos de *relaxoterapia* que utilizan para producir el colapso pulmonar, la retractilidad natural de este órgano elástico distendido por la presión atmosférica ejercida a través de la traquia y los bronquios y no interferida por el vacío natural intratorácico; y en métodos de *compresoterapia,* en que activamente se comprime el pulmón.

Que aunque el pneumotórax ideal es el hipotensivo de presiones siempre negativas y entonces un método puramente de relaxoterapia, en los casos con suficiente fijación del mediastino, puede usarse cuidadosamente el pneumotórax hipertensivo, el original, el de Forlanini, y entonces es un método de compresoterapia, mientras que la frenicectomía aunque referida en la literatura casi unánimemente como un método de *compresoterapia* aun en lesiones de lóbulo superior, es por el contrario un mtodo casi puro y esencialmente de *relaxoterapia*. Por lo tanto, cuando hay que comprimir lesiones como las de tipo exudativo con degeneración caseosa o en la obliteración de cavidades con paredes fibrosadas y endurecidas, excepto en las bases, hay que depender siempre de un pneumotórax hipertensivo. Y por el contrario, en lesiones en las que no hay necesidad de comprimir como en las proliferativas o en cavidades sin paredes engrosadas y rodeadas por tejido contractil y no consolidado, se puede depender siempre de la *relaxoterapia,* y puede escogerse entre pneumotórax hipotensivo o frenicectomía.

Hay que considerar que el pneumotórax cuando tiene éxito y se obtiene un colapso completo produce un descaso y una re-

lajación del tejido absoluta, mientras que la frenicectomía a lo sumo produce una relajación y un descanso solamente parciales. Por lo tanto, cuando el estudio de la dinámica de una lesión demuestra que ésta tiene tendencia a una evolución rapida y progresiva, debemos optar por el método más efectivo—por el pneumotórax.

Tenemos que considerar que el pneumotórax, aunque más eficaz, es una intervención mucho más seria que la frenicectomía. Para ello sólo tenemos que recordar que en la clasificación de la American Sanatorium Association, un caso unilateral incipiente de tuberculosis, cuando se le instituye un pneumotórax pasa inmediatamente a clasificarse como avanzado. Que cuando se institnye un pneumotórax hay que continuarlo de uno a cinco años, lo que representa más peligro, más carga y más molestia para el paciente. Por lo tanto, en lesiones más benignas, en las que creemos que hay muchas posibilidades de curación con una intervención más benigna estaremos justificados en probar los efectos de la frenicectomía, antes de someter el paciente a las molestias de tantas punciones pleurales siempre algo peligrosas durante tanto tiempo. Es verdad que en estos casos hay la posibilidad de que no sea suficiente la frenicectomía y haya que hacer subsiguientemente un pneumotórax, pero no hay que olvidar que también muchos casos al cicatrizarse con pneumotórax y tratar de reexpanderlos encontramos disminuído el volumen del pulmón, y hay que terminarlos con una frenicectomía para disminuir el volumen de la cavidad toráxica y adaptarla al volumen disminuído pulmonar. Es verdad que es posible, en muchos casos curarlos con pneumotórax y reexpanderlos quedando el paciente bueno y con sus dos hemidiafragmas funcionando; pero hay que considerar que siempre se le da una oportunidad al paciente de curar con descanso y tratamiento general solamente, y los que no responden a éste y llegan a requerir además pneumotórax o frenicectomía es porque tienen lesiones con bastante tendencia a progresar y a recurrir para que sea mucho más seguro para la vida del enfermo quedar con una parálisis hemidiafragmática que servirá como una valvula de seguridad que evitará el que el paciente fuerce al resumir sus actividades, un pulmón que siempre queda más o menos delicado.

Nos inclinamos a creer con O'Brien: que en las intervenciones terapéuticas de casos tuberculosos unilaterales de poca intensidad, el orden a seguir en vez de ser de *Primero, descanso absoluto en cama; Segundo, pneumotórax, y Tercero, frenicectomía* tan generalmente aceptado, el más razonable que sea el de:

PRIMERO: Descanso en cama
SEGUNDO: Frenicectomía, y
TERCERO: Pneumotórax.

NUESTRA EXPERIENCIA EN URODO-RADIOGRAFIA INTRAVENOSA POR UROSELECTAN (*)

AMALIO ROLDAN.

La superioridad de los progresos médicos se mide por los medios conducentes a lograr y afinar el Diagnóstico de las enfermedades. Este es y será siempre lo más importante en el arte de curar; guía y brújula indicadora del derrotero a seguir para este fin. Por ello todos cuantos medios aparezcan en la medicina para llegar a su mayor exactitud y detalle y más aún si son hermanados con el mínimum de molestias para el paciente, han de ser motivo de la mayor simpática acogida y dignos de toda nuestra atención.

Nominación: El estudio del árbol urinario, las vías urinarias, la Urodología, para emplear la palabra técnica ha experimentado una conmoción con un método de inyección intravenosa que permite visualizar Radioscópica y Radiográficamente las Vías Urinarias: Unir nuestras observaciones a las ya copiosas de otros autores y generalizar un método que pueda ser del dominio del médico general es lo que me mueve a presentar a vuestra consideración este procedimiento.

Pero antes dos palabras acerca del nombre que debe asignársele a este método, ya que considero impropio el de Nefro-grafia, (Roseno), pielografía intravenosa o endovenosa, pieloscopia, urografía intravenosa dados por los distintos autores: Del griego *Urodos* (vía) debemos partir para denominar la "visnalición gráfica de las *vías urinarias por Rayos X* lograda por *inyección intravenosa* de Uroselectan: Propongo, pues la aceptación del nombre de Urodografía intravenosa por uroselectan. Ya que no es sólo la pelvis renal la que se visualiza y graba, sinó el riñón, los uréteres, la vejiga, y en fin, todas las vías de circulación de la orina: Urodo-radio-grafía intravenosa la llamaremos, pues con preferencia a otro nombre, considerando insuficientemente expresivos los de Nefrografía y Nefro-pielografía propuestos por Boemighaus.

Historia: *Fundamentos*: Los trabajos de Rowntree, Osborne, Sutherland y Sholl en 1923 (Journ. of Ame. Med. Assoc.) prepararon los posteriores de Lichtemberg y Rossenstein (Sociedad alemana de Urología 1924) para que Volkman hiciese su communicación en 1924 al Congreso de Radiología de Berlín: Lenarduzzi y Pecco en los Archivos italianos de Radiología, 1927, se ocupan de las inyecciones intravenosas de ioduro de sodio y todo ello prepara para que Roseno en el VIII Congreso de Urología de Berlín 1928, y en el de la Sociedad alemana de Urología de Munich de Septiembre 1929, presente

(*) Comunicación presentada a la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico Dic. 1930. Del Sanatorio Auxilio Mutuo, Hato Rey.



Caso No. 1.—Ignacio López Silva.

dos comunicaciones de Pielografía intravenosa, empleando una sustancia que llama Pielognost.

Lichtenberg de Berlín con Swick de New York en el mismo Congreso de Munich de Septiembre de 1929 con la colaboración de los químicos Binz y Rath y el Radiólogo Rave, fundamentan sus experiencias con el *Selectan neutro preparado* por Binz para tratamiento de infecciones hepáticas y renales, que contiene un 54% de iodo, pensando podría obrar como sustancia contraste para obtener radiografías de Vías Biliares y Vías Urinarias: Nulas las primeras y apenas visibles las segundas, tratan de encontrar una sustancia que cumpla las tres condiciones requeridas para inyección intra-



Caso No. 2.—Antolín Portela.

venosa: 1a.—Que fuese bien tolerada por el organismo. 2a.—Predilección a eliminarse por el riñón en concentración suficiente para obtener un buen contraste a Rayos X. 3a.—Eliminación suficientemente rápida para coleccionarse en Pelvis y Ureter, y el profesor Binz y su ayudante Rath, químicos, modifican la arquitectura del Selectan-neutro y consiguen un preparado que denominan Uro-selectan que satisface sus deseos y presentan su comunicación de Pielografía intravenosa por Uroselectan al VIII Congreso de la Sociedad Italiana de Urología, Génova 1929, siendo su trabajo tan serio y definitivo sobre la nueva vía que mereció considerarse como el más importante de los asuntos tratados en dicho Congreso, se-



Caso No. 3.—José García Díaz.

gún el gran Urodólogo Profesor Israel, Ravarini, Novack y Gortan en el mismo Congreso y en el de Noviembre de Trieste de Radiólogos, presentan sendas comunicaciones y a partir de esto se difunde el nuevo método de modo tan considerable que ya son numerosas las comunicaciones acerca del método en todos los países. Legueu Fey y Truchot; en Francia (Ste. Fr. de Urología, Diciembre 1929) Ziegler y Kohler en Alemania, Kidd en Inglaterra, Martín-Lagos, Vara-López, Peña, Lasso y Pascual en España, Wolbarst y Hirsch en New York, Lubash, también de New York y tantos otros contribuyen con sus trabajos a la difusión del nuevo método.

Nosotros nos pusimos en relación con la



Caso No. 4.—Rafael López Bou.

casa Schering de Berlín, quien nos remitió a su Sucursal de Schering-Kahlbaum, 110 William St., New York, de quienes recibimos la primera docena de frascos de Uroselectan, (Su costo es de 86 frasco haciendo un descuento del 20% si se piden de una docena en adelante), empleándola al día siguiente, que fué *el 24 de Julio de* 1930, por lo que creemos haber sido los primeros en emplearle en Puerto Rico, si bien siguiendo una ya firme costumbre, no publicamos nada de ello hasta reunir un número suficiente de casos que nos permitiesen formar juicio propio. Nuestro Urodólogo, Dr. J. E. Dávila y nuestro Radiólogo en el "Auxilio Mutuo", Dr. Soto Rivera fueron nuestros entusiastas y utilísimos colaboradores, a quienes



Caso No. 5.—Arturo Núñez Aponte.

me complazco en agradecer públicamente su cooperación.

La Sustancia:—El Selectan Neutro empleado por Binz, modificó la arquitectura consiguiendo el nuevo preparado que llama Uroselectan. Es un derivado de la Piridina, que contiene en combinación orgánica un 42% de iodo el que sintéticamente tendría la Fórmula de Sal Sódica del 2—Oxo—5—Iodo-Piridina—N—ácido acético. Aunque con menor cantidad de iodo es en cambio más soluble que el Selectan Neutro, se elimina por el riñón en una concentración suficiente para dar un buen contraste radiológico y por ser el iodo orgánico es inofensivo al organismo a la dosis necesaria radiológica, ya que el conejo lo tolera en proporción de 7



Caso No. 6.—Bautista Alvarez Rodríguez.

gramos por kilo de peso, el gato en proción de 3 gramos diariamente y en el hombre ni siquiera se aproxima a esta dosis, pues bastan 120 cc. de solución al 30 o 34 por 100 o sean 40 gramos de Uroselectan, es decir, menos de un gramo por kilo de peso del cuerpo. Tan es así que actualmente el propio Swick emplea 60 gramos de Uroselectan en el individuo adulto en vez de los 40 gramos que contiene el frasco lanzado al mercado: Es muy soluble en agua, de reacción neutra y bajo condiciones normales eliminada por el aparato urinario de 90 a 100% en 8 horas sin que queden trazas en el organismo a las reacciones empleadas en la investigación. El examen de la sangre para la presencia del iodo es negativo en



Caso No. 7.—Cándido Dueño Castro.

intervalos de 5 minutos a 3 horas después de la inyección. En ningún tiempo ni en la solución ni en la forma excretada queda desorganizada la molécula iódica. Por ello es inocua en su administración al organismo y nunca se ha observado iodismo.

Preparación para la inyección:—Se disuelven los 40 gramos de un frasco de Uroselectan en agua bidestilada, 110 cc. teniendo cuidado de añadir el polvo poco a poco para evitar grumos. Esta solución se filtra dos veces y se esteriliza bien al baño de María o esterilizador de vapor durante 20 minutos: La pequeña pérdida de agua es compensada por los 10 cc. que se pusieron de agua en vez de 100. (La casa Schering-Kalbaum ha observa-



Caso No. 8.—José Vega Vega.

do que aún hirviendo la solución por tres horas no hay desprendimiento de iodo) Una vez estéril se deja enfriar a la temperatura del cuerpo y queda lista para la inyección intravenosa.

Técnica de la inyección: La cantidad a inyectar (100 gramos) se puede hacer como una inyección intravenosa corriente en una de las venas de la flexura del codo con la asepsia de rigor: Debe practicarse lentamente invirtiendo de 12 a 15 minutos. Lichtenberg aconseja hacerla en dos veces; 50 cc. en un brazo y 50 cc. en otro con 3 minutos de intervalo. Así la ha practicado el Dr. Dávila, valiéndose de una jeringa de 50 gr. para mayor facilidad.

Modificaciones en la Técnica:—Roseno



Caso No. 9.— Jesús Pascual Haraza.

emplea una jeringa de 20 cc. e inyecta dicha cantidad cada 5 minutos. El contraste así es tan intenso que según Lichtenberg se puede seguir por radioscopia el proceso de eliminación renal (esto tendría la ventaja de obtención de una sola placa cuando quisiese el Radiólogo) Peña (de Madrid) para evitar la poliuria que considera fisiológica ha reducido a 50 cc. y aún a 25 cc. la cantidad de solución de Uroselectan solo en un brazo y de una sola vez logrando economía y la obtención de buenas Urodo-radio-grafías, a veces hasta mejores que con 100 cc. Para reducir el número de placas (3 son las que se aconsejan por Lichtenberg y Swick) y habiendo observado el aumento de densidad de la orina después de la inyección,



Caso No. 10.—Felipe Vizcarrondo Alvarez.

mide la densidad de la orina con densímetros de precisión graduados desde 1015 hasta 1040 tomando la radiografía cuando llega a su máxima de densidad que encuentra al cabo de la segunda media hora que sigue a la inyección, o sea a los 45 minutos. Ultimamente Swick utiliza 60 gramos de Uroselectan en vez de los 40x100: Inyecta 30 disueltos en 50 de agua: a los 15 minutos inyecta los otros 30 en 50 de agua también y obtiene 4 radiografías.

Swick en su artículo de Intravenous Urography, The Jornal of the Am. Med. Ass. No. 19, Noviembre 8, 1930, señala que la dosis de 50 a 60 gramos de la solución al 40% dada en porciones y con diez minutos de intervalo, obtiene buenos radio-



Caso No. 11.—Francisco Cotrine Clabaquera.

gramas; pero con la dosis de 40 y aún 20 gramos con compresión para obtener la radiografía ,se han obtenido positivos y buenos resultados. Las dosis que señal· para los niños varían desde los 13 años 6 meses; desde 25 a 30 gramos hasta 10 y 12 en estos últimos.

Reacción a la Infección:—Una sensación de calor a la cara con ligera sofocación (análoga a las que se observan en las inyecciones de Cromacrina, quinina y otras intravenosas) es todo lo que hemos podido observar en nuestros pacientes. Ni la sensación de pasadez renal, ni náusea ni vómito, ni la sensación de dolor en el brazo se han presentado en nuestros pacientes. La infiltración paravenosa por derrame en la inyección no la hemos ob-



Caso No. 12.—Antonio Fernández Soto.

servado, ya que la habilidad y lentitud de la técnica seguida por el Dr. Dávila permitió evitar este accidente. Como Swick, tampoco hemos podido observar trombosis en el sitio de la inyección, los enfermos no han acusado despnés ninguna molestia local ni general.

En cuanto a la eliminación de la sustancia Uroselectan, Swick, en su comunicación original de Noviembre 1929, Klinische Wochenschrift estatuía no haber podido demostrar el componente iódico en la sangre: estudios posteriores de Heckenbach (de la Clínica de Von Lichtenberg) Tourné y Damn demostraron su presencia confirmada más tarde por el mismo Swick, pudiendo comprobarla en la sangre de un paciente inyec-



Caso No. 13.—Jesús Pérez Pérez.

tado con 50 gramos a las 10 horas de la inyección: cámaras y esputos contienen pequeñas cantidades eliminándose en las primeras lo más tarde a los 3 ó 4 días. En la piel de los conejos inyectados pudo comprobar pequeñas cantidades.

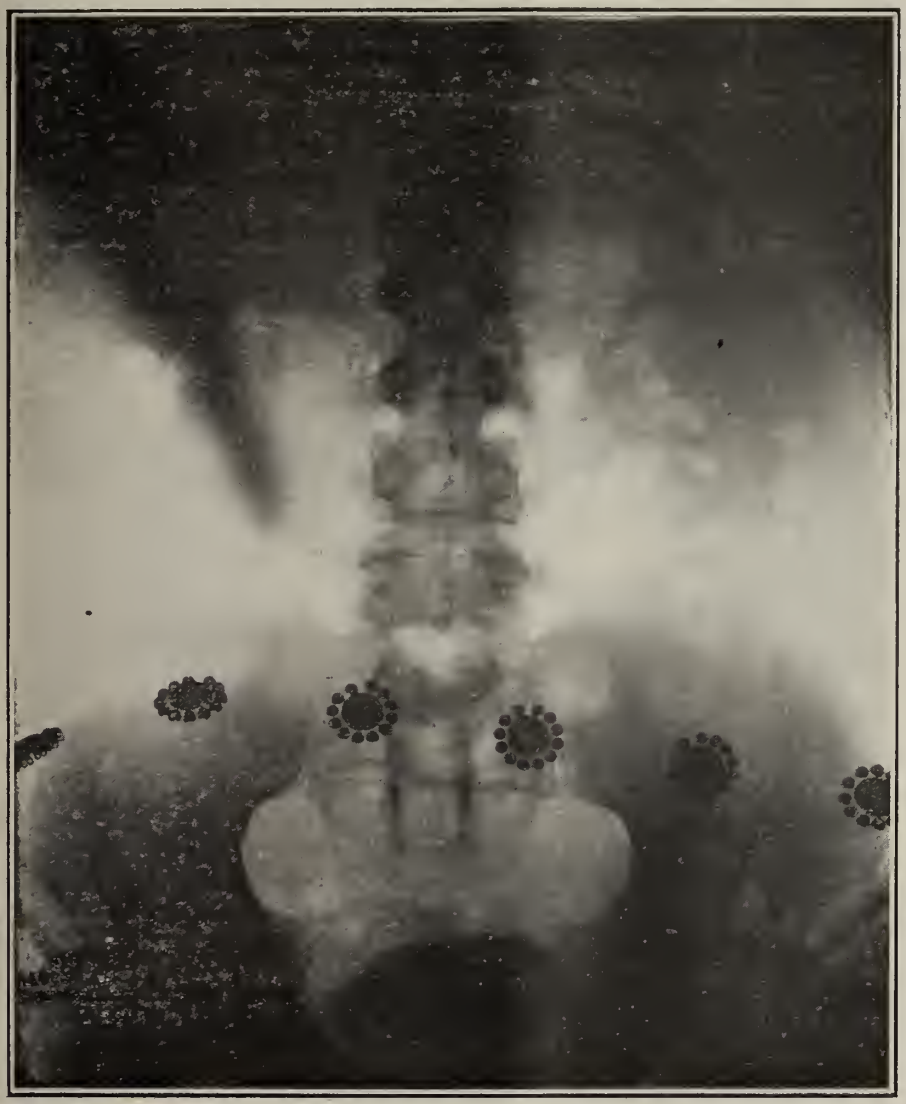
Técnica Radiológica: Es la seguida ordinariamente en la radiografía del árbol urinario. El doctor Soto podrá deciros con su autoridad de Radiólogo las modificaciones seguidas en la obtención y distanciación de las radiografías. El Dr. Peña, de Madrid (Archivos de Medicina C y Especialidades, Julio 1930, No. 475) obtiene una sola radiografía en el momento que la densidad de la orina alcanza su máximum, para investigar la cual se ha hecho construir unos densímetros



Caso No. 14.—José Ramos Defontaine.

de precisión graduados desde 1015 a 1040. Generalmente a la segunda media hora que signe a la inyección, encuentra la máxima densidad y obtiene la radiografía a los 45 minutos.

La comprenión para la obtención radiográfica, es aconsejada por casi todos los radiólogos. Samuel Lubash de New York en su artículo de "Better Visualization with Compression', The American Journal of Surgery, June 1930 No. 6 hace resaltar la importancia de 3 puntos para la mejor prueba urodo-radio-grafía: 1o.—Compresión antes y durante la exposición a Rayos X. 2o. Aumento de la dosis de Uroselectan: 3o. Retención de la micción. Emplea para la compresión el saco de goma de Hickey colocado (a presión sufi-



Caso No. 15.—Juan Dordal Parrillo.

ciente para no molestar al paciente) inmediatamente después de practicada la inyección última y reteniéndola hasta terminar la primera radiografía: Vuelve a colocarla y tenerla apretada 10 minutos antes de la segunda radiografía y luego la afloja y vuelve a apretar 10 minutos antes de la tercera y lo mismo para la cuarta. Dá gran importancia a este método

Leopold Jaches, Radiólogo del Hospital Mount Sinai y Radiólogo Consultor del Montefiore de New York, emplea el Potter-Bucky diafragma. Placas de 14x17 a veces menor tamaño y comprensión por medio del rubber-bag, permaneciendo el paciente en la mesa por una hora después de la inyección. Los mejores radiogramas las ha obtenido a los 15, 35 y 60 mi-



Caso No. 16.—Eduardo Luiggi Segarra.

nutos después de la última inyección. Aconseja revelar enseguida las placas que ya darán idea de la concentración de la eliminación. A veces es necesario para obtener buenas sombras de una a 3 horas de intervalo. También hacer orinar al paciente cuando se quiere demostrar el abocamiento de los uréteres en la vejiga. Casper y Picard (Ausscheidungs-Pyeligraphie) presentan pielo-grafías obtenidas con y sin compresión y aunque hay una notable diferencia en las sombras, no justifica, según Peña (de Madrid), el empleo del compresor, pues aparte de la silueta más intensa pielo-renal no proporciona datos clínicos que no se obtengan en las obtenidas sin compresión.

Otra modificación de Peña es colocar al paciente en posición de Trendelemburg y hacer que no orine el paciente para juzgar el estado de la vejiga por la sombra y el grado de eliminación de Uroselectan.

En los casos que os expongo van marcados el tiempo de obtención de las radiografías: Por otra parte, el Dr. Soto puede ampliaros esta técnica según su propia observación.

Exhibición de los Casos: Radiografías y piezas anatómicas.

APLICACION POR PRIMERA VEZ EN PUERTO RICO DE UROSELECTAN

Don Ignacio López Silva, Caso No. 1.
Habitación No.25-1.
Julio 24 de 1930.

Técnica:—Primera Radiografía a los 15 minutos después de la última inyección.

Segunda Radiografía a los 30 minutos después de la última inyección.

Tercera Radiografía a la hora y cuarto de la última inyección de la solución de Uro-Selectan.

Resultado:—En la primera radiografía se nota la pelvis del riñón derecho con los cálices, el úreter y la vejiga. La pelvis renal aparece dilatada. No se visualiza la pelvis ni el ureter del riñón izquierdo.

Las otras dos radiografías nos demuestran la misma condición.

Resumen:—1o.—Aparente hidronefrosis del riñón derecho. 2o.—No hay funcionamiento del riñón izquierdo, lo que acusa un estado patológico del mismo.

Libros Rayos X-9. Fol. 146, Examen 468, Placa 4045.—Buen caso.

Paciente de 26 años. El padre murió de afección pulmonar; madre en buena salud. Cuatro hermanos: dos murieron, uno de tifus y su hermana gemela murió a los 6 meses. Quéjase de astenia, quebrantamiento, pérdida de peso, cansancio grande después del trabajo que le obliga a acostarse, desde el año 1926. En el mes de julio de 1930 fué examinado por el Dr. Vilá el cual le reportó al Dr. Ferrer quien le hizo un estudio de su aparato urinario, llegando al diagnóstico de tuberculosis del riñón izquierdo, aconsejándole la extirpación del riñón. En 16 de julio viene a nuestra consulta alarmado y temeroso de tener que someterse a nueva exploración cistoscópica obteniendo nuestras primeras placas radiográficas por Uro-Selectan en 24 de Julio de 1930. Comprobamos la presencia de Bacilo de Koch en la orina. Se inocularon cobayos. Se investigó la condición pulmonar por Radiografía y el examen químico de la sangre dando Nitrógeno no proteico 42.80 Mlg. por 100 cc. de sangre. Nitrógeno Urea: 16.60. Creatinina: 1.50; Acido Urico: 4.20; Glucosa, 142.90. Sometido a régimen vegetariano frugívoro y utropina para mejorar su condición, dió en 13 de Agosto: Urea Nitrogen, 13.80 mlg. por 100 cc. de sangre; Nitrógeno no proteico, 31.40; Creatinina, 1.20; Acido Urico, 3.50; Glucosa, 82.40. El sábado 16 de agosto se le hizo nefrectomía total izquierda; método Albarrán. Reporte de Laboratorio hecho por el Dr. Koppisch dió "Tuberculosis of Kidney". El curso post-operatorio fué normal con ligera torpeza y lentitud de la cicatrización de la piel, pudiendo ser dado de alta el enfermo para reanudar sus trabajos el 14 de Noviembre, 1930. Lo más saliente de es-

te caso es la hipo-función del riñón izquierdo visible en la Urodo-radio-grafía.

Dn Antolín Portela Martínez.
Caso No. 2.

Habitación No. 3-1
J Julio 31 de 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Observar si había alguna
Resultados—Se siguió la técnica rutinaria. Las placas demuestran, en el lado izquierdo, una muy marcada dilatación de la pelvis renal, los cálices y el uréter, donde se nota una estrechez en la unión uretero-vesical. Nada anormal en el riñón derecho.

Libro Rayos X-9—Folio 150. Examen 475, Placa 4052. Buen caso.

Las características clínicas de este caso, son: de enfermo luético tratado, litiásico renal con expulsión de un cálculo que se detuvo en el meato, extrayéndolo por una simple meatotomía en Septiembre de 1929. El régimen aconsejado al paciente no fué seguido cuidadosamente y en 29 de julio de 1930 vuelve con trastornos dolorosos renales, lado izquierdo. La Urodo-radio-grafía es perfectamente demostrativa de un obstáculo ureteral a su desemboque en la vejiga. Una cistoscopía y cateterismo ureteral hecha por el Dr. Dávila, permite movilizar y expulsar un calculito, entrando todo en caja a partir de ese momento. Se aprovechó la oportunidad cistoscópica y cateterismo ureteral para estudio de ambas orinas e investigación de Bacilo de Koch qu fué negativo.

Este caso es interesante porque la Urodo-radio-grafía lleva por sí sola al diagnóstico y la actuación operatoria.

Don José García Díaz.
Caso No. 3.

Habitación No. 7-2.
Agosto 17,1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Tumor Riñón derecho.
Técnica:—Se obtuvieron placas a los 15 minutos, a los 45 minutos y a las 5 horas después de la última inyección endovenosa de Uro-Selectan.

Resultado:—En la primera placa aparece la sombra de la pelvis y cálices renales del lado derecho y parte superior del ureter. La vejiga estaba llena. No se visualiza la pelvis del izquierdo. Se notan las sombras de ambos riñones normales en cuanto a la forma, la posición y el tamaño.

En la placa de los 45 minutos, ya se notan las pélvices y cálices de ambos riñones así como la parte superior de ambos uréteres. Las pélvices y cálices normales. La vejiga estaba vacía. En la última placa no se notaba nada del Uro-Selectan en los riñones. La vejiga estaba llena.

Resumen:—NEGATIVO.

Libro Rayos X No. 9, Folio 162, Examen 495, Placa 4073.

Este paciente presentaba una tumoración en el hipocondrio derecho, baja y bastante móvil. Por medio de este examen se excluyó condición de padecimiento renal y se afirmó lo patológico de la vesícula biliar. Se le hizo una colecistectomía y el examen de Laboratorio reportó "Coleliatiasis colecistitis sub-aguda y carcinoma central de la vesícula biliar". Actualmente este paciente está bien, desempeñando sus ocupaciones.

Don Rafael López Bou.
Caso No. 4.

Habitación No. 13-2
Agosto 28, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto: Determinar posible condición patológica renal.

Resultado:—Se tomaron placas a los 20 y 45 minutos después de la última inyección del Uro-Selectan.

En ninguna de las placas es posible visualizar la pelvis y los uréteres; sin embargo, la vejiga está llena, lo que indica que la eliminación renal es buena. Las sombras de los riñones aparecen normales en cuanto a forma, posición y tamaño. No hay evidencia de cálculo renal.

Resumen:—NEGATIVO.

Libro Rayos X No. 9, Folio 170. Examen 514, Placa 4091. Caso para Reportar, pero no ilustra mucho.

En este caso la Urodo-Radiografía demuestra la buena permeabilidad renal: tan rápido fué el paso del Uro-Selectan y la poca condensación de la substancia en las pelvices renales. La sombra vesical afirma la permeabilidad, pues de no existir, ésta, no se hubiera llenado la vejiga con la substancia en las pélvices renales.

Don Arturo Núñez Aponte.
Caso No. 5.

Habitación No. 24-1.
Agosto 28, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición patológica renal.

Resultado:—Se tomaron placas a los 20 y 45 minutos después de la última inyección intravenosa de Uro-selectan.

En la primera placa se notan las pélvices la parte superior de los uréteres y la vejiga, llenos. Nada anormal en cuanto al tamaño, forma o posición. Las sombras de los riñones aparecen normales, en cuanto a la forma, posición y tamaño.

La segunda placa demuestra la misma condición.

Resumen:—Los riñones eliminan bien. Nada anormal en las pélvices, uréteres o vejiga. No hay cálculo.

Libro Rayos X No. 9, Folio 170 Examen 515, Placa 4092. Caso para reportar. No ilustra mucho.

Este caso también es negativo no demostrando ninguna condición patológica ni en la eliminación, ni en la forma de pelvices renales.

Don Bautista Alvarez Rodríguez
Caso No. 6.

Habitación No. 15-1.
Septiembre 1o. 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar eliminación y condición de los riñones, especialmente del riñón derecho.

Resultado:—Se tomó una placa a los 3 minutos de la última inyección; otra a los 15 minutos y dos a los 45 minutos.

La primera placa nos demuestra las sombras de ambos riñones normales, en cuanto a la forma, posición y tamaño, y se nota que ya ambos riñones empiezan a eliminar el Uro-Selectan, especialmente el lado izquierdo. A los 15 minutos, gran parte del Uro-Selectan ha pasado a la vejiga. El uréter izquierdo aparece tortuoso y formando un ángulo bastante

agudo con la pelvis. Se nota una ligera sombra en el riñón derecho, que hace sospechar un cálculo. Las pélvices y los cálices están normales. A los 45 minutos después del paciente haber orinado, se nota que la eliminación renal continúa y nada anormal en los extremos inferiores.

Buen caso.

Libro Rayos X No. 9, Folio 176, Examen 525. Placa 5002.

Don Bantista Alvarez Rodríguez.

Habitación No. 15-1.

Septiembre 3, 1930.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Objeto:—Determinar la posibilidad del cálculo riñón derecho.

Resultado:—Se sacaron dos placas: una de ambos riñones, uréteres y vejiga, y la otra especialmente del riñón derecho. En ninguna de las placas fué posible demostrar sombra alguna que fuera carcterística o sospechosa de cálculo renal.

Resumen:—NEGATIVO.

Libro Rayos X No. 9. Folio 178 Examen 529, Placa 5006. (Radiografía corriente).

El paciente objeto de esta Urodo-Radiografía ha padecido tres cólicos nefríticos, no comprobándose en ninguno de ellos expulsión de arenillas ni cálculitos. La Urodo-Radiografía demuestra en el uréter izquierdo una tortuosidad y una implantación en ángulo agudo con la pelvis renal. La sombra en el riñón derecho hace sospechar un cálculo, pero una radiografía obtenida tres días después, fué negativa.

Es de un posible porvenir uronofrosico.

Don Cándido Dueño Castro.

Caso No. 7.

Habitación No. 5-1.

Septiembre 24, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición anormal de los riñones, uréteres o vejiga.

Resultado:—A los 20 minutos después de la última inyección se tomaron dos placas de riñones, uréteres y vejiga y luego a los 30 minutos de esta última, se tomaron otras dos placas.

En las primeras placas se visualizaron las sombras de ambos riñones, así como también sus cálices y pélvices y además la parte superior de ambos uréteres. La vejiga está llena. En la segunda serie de placas, se obtiene la misma observación.

*Interpretación*s—Las sombras de los riñones aparecen normales en cuanto a posición, forma y tamaño. Los cálices y las pélvices renales están normales. Nada de particular en los uréteres. Ambos riñones eliminan por igual el Uroselectan.

Libros Rayos X No. 9. Folio 198. Examen 559, Placa 5036.

Buen caso.

Este caso también es negativo en cuanto a posición, forma y tamaño renales, así mismo cálices y pelvis renal. La eliminación en ambos riñones se hace por igual. Este paciente presenta lesiones viejas de fibrosis en ambos pulmones.

Don José Vega Vega.

Caso No. 8.

Habitación No. 36-2.

Septiembre 27, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición patológica.

Resultado:—Se tomaron placas a los 5, 15 y 45 minutos después de la última inyección endovenosa de Uro-Selectan. En todas las radiografías aparecen las sombras de los riñones normales en cuanto a forma, posición y tamaño. Se notan los cálices y las pélvices renales también normales en cuanto a la forma, posición y tamaño. Hay una ligera tortuosidad del uréter derecho, pero no hay evidencia de obstrucción o estrechez ureteral. Nada anormal en la vejiga.

Interpretación:—La visualización de ambas pélvices renales son indicativas de una buena eliminación para ambos riñones

La forma y el tamaño de ámbos calices y pélvices son normales. Los riñones aparecen también normales en cuanto a forma, posición y tamaño.

Libros Rayos X No. 9. Folio 203, Examen 567, Placa 5044.

Este paciente es un cístico crónico con vejiga acolumnas, prostático y estrecha do uretral ya tratado. La Urodo-Radiografía demuestra normalidad en la parte alta de su aparato urinario, salvo la ligera tortuosidad del úreter derecho que no produce obstrucción ni estrechez ureteral. La sombra de la vejiga no da nada anormal; es decir, que este caso demuestra la necesidad de la cistoscopia para obtener datos vesicales que no se revelan por el Uro-Selectan. Como dato clínico, se hace constar que el enfermo mejoró notablemente de la cistitis después de la inyección de Uro-Selectan.

Don José Pascual Ilarraza
Caso No. 9.

Habitación No. 29-1.
Septiembre 27, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición patológica.

Resultado:—Se tomaron placas a los 15 y 45 minutos después de la última inyección del Uro-Selectan.

En todas las radiografías aparecen las sombras de los riñones normales, en cuanto a su forma, posición y tamaño. Aparecen también los cálices y pélvices renales normales en cuanto a forma y tamaño. No se nota condición alguna anormal de los uréteres o vejiga.

Interpretación:—La visualización de los cálices, pélvices, uréteres y vejiga nos indica que ambos riñones están eliminando normalmente. Las pelvices y cálices están normales en cuanto a forma, posición y tamaño.

Libros Rayos X. No. 9. Folio 204 Examen 568, Placa 5045.

Este caso también es negativo.

Don Felipe Vizcarrondo Alvarez.
Caso No. 10.

Habitación No. 4-2.
Octubre 11, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición patológica.

Resultado:—(*a*) Técnica:—La de costumbre en estos casos.

(*b*) Resultado:—Las placas que se tomaron a los 15 minutos después de la última inyección del Uro-Selectan demuestran la silueta de ambos riñones normales en cuanto a la forma, posición y tamaño. En ambos riñones aparecen los cálices, pélvices y uréteres. La vejiga está llena.

La pelvis, cálices del riñón izquierdo aparecen normales. En el lado derecho aparecen considerablemente diltados y se nota en la parte terminal del uréter, como a 2-1|2 cm. del meato, una sombra irregular y densa que hace sospechar un

cálculo ureteral. La eliminación es buena en ambos riñones.

Libros Rayos X No. 9. Folio 220. Examen 24. Placa 5075.

Don Felipe Vizcarrondo Alvarez
Habitación No. 4-2.
Octubre 24,1930.

RADIOGRAFIA RIÑONES

Objeto:—Determinar si el cálculo ureteral continúa en el mismo sitio.

Resultado:—La sombra del cálculo que se observa en el examen anterior ha desaparecido.

Libro Rayos X No. 9. Folio 232. Examen 45. Placa 5096.

(Radiografía Corriente)

Este caso se refiere a un paciente luético con hematurias, dolores vesicales y frecuentes deseos de orinar que cesan al permanecer acostado. La Urodo-Radiografía demuestra la dilatación del uréter, cáliz y pelvis en el lado derecho y en la parte terminal del uréter una sombra irregular y densa de cálculo ureteral. La dilatación cistoscópica practicada por el Dr. Dávila permitió devolverle su bienestar al paciente, expulsando un pequeño cálculo. El tratamiento anti-luético anterior no había evitado la aparición de estas molestias, como es natural.

Don Francisco Cortines Clabagnera.
Caso No. 11.
Habitación No. 1-2
Octubre 16, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición patológica de los riñones, uréteres o vejiga.

Resultado:—Se usó la técnica siguiente: 15 minutos después de la última inyección del Uro-Selectan, se tomó una radiografía; luego otra a los 45 minutos y la última a las 6 horas.

La primera radiografía demuestra la silueta del riñón derecho, los cálices y la pelvis; esta última un tanto dilatada. El uréter demuestra una ligera torción en la unión uretero-pelviana. Lo demás, negativo. La vejiga aparece normal.
Se visualiza la silueta del riñón derecho. No elimina el Uro-Selectan.

A los 45 minutos, todavía el riñón derecho no elimina. Hay una sombra circular en la región de la pelvis que hace sospechar cálculo. Una placa que se tomó en posición casi vertical demuestra el riñón derecho en la misma posición y se notan, además, sombras a manera de bolsa, en la parenquima renal, que hace sospechar dilataciones muy marcadas de los cálices.

A las 6 horas, ya casi todo el Uroselectan había sido eliminado. El riñón izquierdo demuestra unas muy ligeras trazas. En el derecho, además de las bolsas observadas a los 45 minutos, se nota una sombra densa, circular, en el borde mediano que se extiende más allá del borde del riñón que hace sospechar una gran dilatación de la pelvis renal.

Resumen:—De las observaciones arriba indicadas se deduce: 1.—Que el riñón izquierdo está eliminado bien y con una ligera dilatación pelviana compensadora. 2.—Que hay una condición patológica del riñón derecho, marcada por una eliminación defectuosa, dilatación marcada de los cálices y una muy marcada de la pelvis.

Hidro-nephrosis del riñón derecho.

Libro Rayos X. No. 9. Folio 225 Examen 33. Placa 5084.

Don Francisco Cortines Clabaguera.
Habitación No. 1-2.
Octubre 21, 1930.

EXAMEN PIELO-RADIOGRAFICO

Objeto:—Comparar con el de Uro-Selectan. Vea folio 225, Examen 33.

Resultado:—Según el Dr. Dávila, el riñón izquierdo eliminó la phenolftaleina a los 3 minutos. El riñón derecho a los 25 minutos no había eliminado.

Las placas demuestran que los catéteres habían pasado hasta arriba en el nivel de la unión uretero-pelviana. Solamente se inyectó el riñón derecho, el cual demuestra una muy marcada dilatación de la pelvis y los cálices, confirmando así las observaciones hechas con el Uro-Selectan.

Resumen:— Hidro-nefrosis del riñón derecho.

Libro Rayos X No. 9. Folio 229. Examen 40, Placa 5091.

Don Francisco Cortines Clabaguera.
Caso No. 11.

El caso presente No. 11 pertenece a un paciente que hace varios años padece de dolores., a veces intensos, en la región lumbar derecha. Duran varias horas y le repiten con intervalos de una a varias semanas. En octubre 16, previo análisis de orina y exámenes de rutina, se le hace la Urodo-Radio-Grafía, que demuestra dilataciones uronefrósicas del riñón derecho. Quisimos puntualizar más haciendo un examen pieloradiográfico directo por el Dr. Dávila y la prueba funcional del riñón. El examen de la orina de cada riñón demuestra poca diferencia entre una y otra.

RIÑON IZQUERDO

C. Epiteliales	gran cantidad
Hematies	pocos
Piocitos	pocos
Cilindroides	muy pocos

RIÑON DERECHO

C. Epiteliales	gran cantidad
Hematies	pocos
Piocitos	muy pocos

Llegamos a un diagnóstico de hidronefrosis con disfunción renal derecha y degeneración parenquimatosa. Le practiqué una nefrectomía el 25 de Octubre. El examen practicado por el Dr. Koppish dió como resumen diagnóstico "kink of ureter at uretero-pelvic junction hydronephrotic atrophy of right kidney".

El enfermo curó de primera intención abandonando el Sanatorio el 9 de Noviembre.

Don Antonio Fernández Soto.
Habitación No. 20-2.
Noviembre 12, 1930.

RADIOGRAFIA RIÑONES: ESPECIALMENTE LADO DERECHO

Objeto:—Determinar condición patológica.

Resultado:—Se notan las siluetas d ambos riñones. El derecho aparece de un tamaño considerablemente más pequeño que el izquierdo. No se nota sombra alguna que haga sospechar cálculo renal ureteral o vesical.

Libro Rayos X. No. 9. Folio 247 Examen 70, Placa 5121.

Don Antonio Fernández Soto.
Caso No. 12.
Habitación No. 20-2.
Noviembre 14, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar condición del riñón derecho, especialmente.

Resultado:—Se sacaron placas a los 15 y a los 45 minutos después de la última inyección del Uro-Selectan. En la primera y segunda radiografías se notan las siluetas de ambos riñones, comprobándose con ellas la observación anterior. (Vea folio 247, Examen 70,) en cuanto a la forma, posición y tamaño de ambos riñones. Los dos riñones están eliminando el Uro-Selectan y las pélvices aparecen normales. Los uréteres aparecen normales y la vejiga está normal.

Libro Rayos X No. 9. Folio 250 Examen 76, Placa 5126.

En este paciente se demuestra una diferencia de tamaño de los riñones, siendo el derecho bastante más pequeño que el izquierdo. Aunque no se ha demostrado otra condición patológica, puede ponernos en guardia acerca de una posible urodopatía en el porvenir.

Don Jesús Pérez Pérez.
Caso No. 13.
CONSULTA.
Diciembre 9, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición patológica renal.

Resultado:—Se tomaron placas a los 15 y 45 minutos después de la última inyección del Uroselectan.

En ambas radiografías se distinguen las pelvis renales, los uréteres y la vejiga sin notarse condición alguna anormal.

Resumen:—Negativo

Libro Rayos X. No. 9. Folio 272. Examen 109, Placa 5160.

Este caso es negativo. Un lumbago nos llevó al examen mediante el cual pudimos eliminar el origen renal.

Don José Ramos Defontaine.
Caso No. 14.
Habitación No. 10-1.
Diciembre 9, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Exploración renal para determinar posible condición patológica.

Resultado:—Se tomaron a los 15 y 45 minutos después de la última inyección del Uroselectan.

En ambas radiografías se distinguen las pelvis renales, los uréteres y la vejiga sin notarse condición alguna anormal.

Resumen:—Negativo.

Libro Rayos X No. 9 Folio 272. Examen 110. Placa 5161.

Este caso es negativo también. El dolor lumbar que aquejaba este paciente tenía su origen en una antigua infección uretro-prostática. Como dato clínico, se hace notar que mejoró de su infección.

Don Juan Dordal Parrilla.
Caso No. 15.
CONSULTA.
Diciembre 13, 1930.

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar condición renal y posición del riñón izquierdo.

Resultado:—A los 15 y 45 minutos después de la última inyección endovenosa del Uroselectan: Se nota un marcado desplazamiento del riñón con una ligera anormalidad de la pelvis renal, pero ambos riñones están eliminando el Uroselectan.

Libros Rayos X. No. 9 Fol. 278. Examen 117. Placa 5167.

Este paciente es un leucémico con gran hipertrofia del bazo desde hace 4 meses. No hay antecedentes maláricos. El examen de sangre dió:

Hemoglobina	56%
Número Total Glóbulos Blancos por M. M. C.....	286.000
Número Total Glóbulos Rojos por M. M. C.	2,910.000
Porcentaje Glóbulos Rojos..	56%
Indice de Color	0.96

CONTAGE DIFERENCIAL

Polinucleares	21.60
Mononucleares pequeños . . .	5.20
Mononucleares grandes	2.40
Eosinofilos	6.00
Mielocitos neutrofilos	14.40
Mielocitos eosinófilos.	6.80
Mielocitos basófilos	42.80

El examen de Uroselectan se hizo para investigar la posible conexión de la tumoración esplénica con el riñón izquierdo. Resnltado: Negativa, salvo el desplazamiento del riñón y la ligera anormalidad de la pelvis renal. Se comprneba buena eliminación de ambos riñones.

El Wasserman dió positivo (++++). Actualmente está en tratamiento específico.

Don Eduardo Luiggi Segarra.
Caso No. 16.
Habitación No. 22
Diciembre 16. 1930

URODO-RADIO-GRAFIA

Objeto:—Determinar posible condición calculosa renal o ureteral.

Resultado:—Se tomaron placas a los 15 y 45 minutos después de la última inyección de Uroselectan. Ambas placas demuestran las siluetas de ambos riñones, normales en cuanto a la forma, la posición y el tamaño. Se demuestran también las pelvis de ambos riñones, así como los cálices están normales. El uréter del lado derecho está tortuoso y en la parte inferior, región de la pelvis, se nota una dilatación del uréter con una posible estrechez cerca del trigono.

Libre Rayos X. No. 9. Folio 280. Examen 120. Placa 5170.

En este paciente se puede apreciar una tortuosidad del uréter del lado derecho y una dilatación en la parte inferior, región de la pelvis con posible estrechez cerca del trigono. Tiene historia de cólico nefrítico repetido varias veces en una semana. Desde hace tres semanas ardor, molestia al orinar y dolores generalizados en la cintura, manos, codos y cuello. Sus asuntos le impiden asilarse, lo que verificará apenas los ponga en orden para ser tratado.

INDICACIONES Y ENSEÑANZAS DEL METODO URODO-RADIO-GRAFICO:—Von Lichtenberg y Swick resumen sus indicaciones en los siguientes puntos:

1o.—Cuando la cistoscopia y el cateterismo ureteral y directa pielografía no es

posible por razones anatómicas patológicas o técnicas.

2o.—Cuando a causa de una obstrucción del ureter no es posible inyectar la sustancia opaca a través del bolque obstructivo.

3o.—Cuando la pielografía no puede ser realizada sin riesgos. El método tiene su aplicación en las condiciones en que la cistoscopia está contraindicada, tales como hemorragia severa, fístula, aguda o crónica, inflamación de anejos e hipertrofia prostática: Además la pielografía directa permanece com exclusivo método para obtener una información anatómica cuando la función renal es demasiado deficiente o defectuosa para permitir la Urodoradiografía.

Wolbarst encuentra extremadamente útil el método intravenoso en ciertas condiciones en que no es aconsejable o imposible el cateterismo: demuestra en sus casos deformaciones y angulosidades ureterales que no hubieran sido vistas al cateterizar el ureter, ya que el cateter las habría enderezado o no podido pasar.

No quisiera hacer un paralelo entre la Urodoradiografía y la pielografía directa, pues aclaradas sus indicaciones pueden, según ellas, emplearse según el juicio clínico, según el paciente y según la región a explorar además de que el fracaso de una puede dar un éxito con la otra. Nuestra experiencia es que hay casos como el No. 2 en que la Urodografía nos dió las indicaciones operatorias sin necesidad de otra exploración. Muy digno de tener en cuenta es la molestia del paciente: en el Caso No. 1 y en el No. 3 no se hubieran sometido a nueva cistoscopia y cateterismo, ya que las molestias sufridas con la pielografía directa fueron lo suficiente para rehusar otra exploración semejante y en cambio solo una ligera molestia consistente en pequeña congestión del rostro (análoga a los choques hemoclásicos que se producen con cualquiera otra clase de inyecciones intravenosas) fué todo el malestar que los pacientes experimentaron.

El permitir investigar la eliminación renal es otra de las ventajas que hemos podido comprobar y más aún la significación de la diferencia eliminatoria en el riñón enfermo y en el sano. Dilataciones, acodaduras, estrecheces pélvico-ureterales son reveladas mejor con la Urodo-radio-grafía según nuestros casos. No. 1 y 2.

La interpretación de las imágenes radiográficas es asunto que debe señalarse para no confundir al poco iniciado, ya que lo que sucede ordinariamente es que a mejor funcionalismo renal y mejor condición anatómica la imagen es peor: A primera vista podría creerse al no obtener imagen renopielográfica o que no hay riñón o que no hay buen funcionamiento, pero como se obtienen varias radiografías y de ambos riñones ello permite apreciar la diferencia o igualdad de eliminación entre ambos: Este contraste bien visible en nuestro Caso No. 1 nos da datos de gran valor para saber cuál riñón padece; mas no por ello deberemos prescindir—siguiendo las indicaciones y consejos de Swick de los exámenes de urea en la sangre y prueba funcional del riñón por la phenolptaleína o carmín de indigo como hicimos en nuestro caso No. 11 de Uronefrosis.

Theodore Sokow (de Kenosha Wisconsin) hace notar que la radiografía por cateterismo cistoscópico puede modificar la imagen al modificar las condiciones anatómicas por dilatación y enderezamiento deformando la dirección del ureter: En cambio la radiografía por inyección intravenosa conserva las condiciones

anatómicas pelvianas y ureterales: además insiste en la contracción renal que nace que cuando la pelvis renal se encuentra en sistole sea menos demostrativa la radiografía que la obtenida cuando hay el diastole pélvico: los progresos de la técnica como elevación de la pelvis del paciente y la compresión baja de los uréteres favorecen el éxtasis de la sustancia y por tanto la mejor urodoradiografía se obtiene bajo estas condiciones.

QUIMICA DEL UROSELECTAN. — Solo unas palabras, ya que aparte de lo que llevamos dicho podéis ver más en extenso este asunto en el reporte preliminar del Consejo de Química y Farmacia publicado en el No. 19 del Journal of the American Medical Association correspondiente a Noviembre 8, 1930: Aconseja cambiar el nombre de Uroselectan por el de Iopax que el consejo encontró más aceptable. El reporte del Secretario Puckner es seguido por un informe de los Dres. William F. Braasch y Hermon C. Bumpus, ambos de Rochester, Minnesota: En él se hace historia detallada del descubrimiento, ensayos, modificaciones, eliminación, etc., de la sustancia Uroselectan y en su conclusión no aceptó como probada suficientemente método de investigación de la eliminación renal (Journal of the American Medical Association, Noiembre 8, 1930, No. 19.)

El método gravimétrico de Swick, en la orina global o la obtenida separadamente de cada riñón, no ha recibido la plena sanción del consejo como método para determinar el trabajo de los riñones. El método que usa el Dr. Peña de Madrid para realizar la prueba funcional global de los riñones por medio del Uroselectan, es de gráficas en las que anota cantidad y densidad de la orina antes de la inyección y en las cuatro medias horas que siguen a ella. Un procedimiento ideado por su colaborador, Fernández Miranda le permite dosificar el Uroselectan eliminado por la orina en el tiempo que sigue a la inyección: También en España en el Laboratorio Químico de la Casa de Salud de Valdecilla y por los Dres. J. Puyal e Isabel Torres solamente aceptan como guía el determinar la densidad y valorando previamente la alcalinidad o la acidez de la orina y calculando que 1 cc. de ácido clorhídrico, décimonormal se corresponde con 0.029 gr. de Uroselectan. Prescindo aquí de la descripción que podréis encontrar detallada en el No. 483 Año XI, 6 septiembre 1930 de los Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, de Madrid.

Todavía puede emplearse el Uroselectan o Iopax para la obtención de Urétero-pielografías directas por cateterismo ureteral, bien 5 cc. de la solución al 40% dilnídas en 5 cc. de agua destilada para cada riñón como hacen Boeminghaus, Schauffer y Practorius en Alemania y Peña-Pineda en la Mayo Clinic, bien como hace Praectorius añadiendo a 5 cc. de la solución de Uroselectan corriente, 12 cc. de solución de cianuro de mercurio al 14 por mil: El poder antiséptico del Uroselectan hace innecesaria esta adición.

Por nuestra parte preferimos para la Urodoradiografía directa el nuevo preparado denominado Campiodol, que es un aceite de colza extraído de las Brasica napus, comprestris y rapa, y que reune las tres condiciones necesarias para radiografías, cuales son, baja gravedad específica, alto valor iódico y baja viscosidad: No siendo de este lugar su descripción y posibilidades os remitimos al artículo de Mark Albert Glaser, de los Angeles, California, en el No. 5 de Noviembre 1930 del American-Journal of Roengeno-

logy and Radiumtheraphy, así como el empleado con tanto éxito para las arteriografías como el protein-albumin acid o la Sombra A. G. P. E. H. empleado por los Dres. Makoto Saito y Yanagizawa del Japón y cuya descripción no es de este lugar.

En resumen: Podemos condensar nuestra experiencia en las siguientes conclusiones:

1ª:—Que tenemos un método excelente para la visualización de las vías urinarias sin modificaciones anatómicas posibles con la cateterización cistoscópica.

2ª:—Que la Urodo-Radio-Grafía por Uroselectan resulta en los casos por nosotros estudiados completamente inocua para el paciente: dá muy pequeñas molestias.

3ª:—Que es un excelente medio de diagnóstico a veces absoluto para decidir alguna intervención.

4ª—Que puede mejorar algún proceso infectivo del árbol urinario.

5ª:—Que pudiera hacerse sistemáticamente en muchos procesos, sobre todo para eliminar la relación renal con ciertos tumores de hígado o bazo.

6ª:—Que deberá emplearse en todos los pacientes en que no esté indicada la cistoscopia y cateterismo ureteral.

7ª:—Que puede sustitutir a ésta, y colocarla en el lugar de maniobra terapéntica en vez de diagnóstica, en muchos casos.

8ª—Que deberá emplearse en todo paciente en que el temor o las dificultades cistoscópicas le hagan rehusar otro medio exploratorio.

9ª:—Que no debe llegarse en su entusiasmo hasta el punto de querer sustituir siempre a la cistoscopia y cateterismo, ya que en algunos casos ambos medios de diagnóstico pueden ser y son necesarios.

10ª—Que a pesar de que nos ilustra acerca de la función renal no debe prescindirse del examen de la urea en la sangre ni de la prueba funcional renal por los métodos conocidos de la Fenolphtaleína o por el Carmín de Indigo.

11ª:—Que no deberá emplearse en pacientes urémicos.

ERRATAS

En el número 185, Febrero 1931 en la página 22 donde dice:

La disentería es una..... desde el Ecuador hasta la Zona Antártica, debe decir:

La Disentería es una..... desde la zona ártica hasta la zona antártica.

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE HUMACAO

El domingo 22 de febrero tuvo lugar en la hermosa quinta que en la Playa de la Sardinera de Fajardo posee nuestro muy querido compañero, el filántropo, Dr. Santiago Veve Calzada, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao.

Publicamos a continuación el interesante programa preparado por la Directiva de aquel distrito de la cual fué Presidente el Dr. Manuel Carreras y Secretario, el Dr. Ernesto Ramos.

Después de la reunión científica se procedió a la elección de los nuevos funcionarios para el futuro año. En pocas reuniones médicas ha reinado la cordialidad como en esta reunión.

Nueva Directiva:

Presidente: Dr. Miguel Veve, Yabucoa; Secretario: Dr. Víctor Berríos, Yabucoa; Tesorero: Dr. Manuel Berríos, Yabucoa; Vice-Presidente: Dr. César Domínguez, Humacao; Consejeros: Dr. Santiago Veve, Fajardo y Dr. José Barreras, Juncos. Cámara de Delegados: Dr. Miguel Veve, Yabucoa; Dr. Víctor Berríos, Yabucoa; Dr. Juan Veve, Fajardo; Dr. M. G. Carrera, Fajardo.

Programa Científico:

Primera Parte.

1—Apertura del Acto por el Presidente Dr. Manuel Carreras.
2—Dr. José S. Belaval: "Breves Palabras."
3—Dr. M. G. Carreras: Aneurisma de la Abdominal descubierta en una exploratoria."
4—Dr. E. Koppish: "The Climatic Bubo".
5—Dr. Sergio S. Peña: "Diatermia y sus futuras conquistas."

Segunda Parte.

1—Dr. José Ramos: "Cesárea en útero contenido en saco herniario."
2—Dr. E. García Cabrera: "Carcinoma del Pene y estado Precanceroso del mismo."
3—Dr. Ramón M. Suárez: "Tratamiento de la Anemia en Sprue por extracto Acuoso de Hígado."
5—Dr. S. Dávila: "Anestesia Espinal."
6—Drs. O. G. Costa Mandry y J. Marques Torres: "Un caso de Fasciola Hepática.

Los Drs. S. J. Crumbine y William S. Snow,
ejecutivos de la Asociación Nacional de Higiene Infantil, y de la Asociación Nacional de Hygiene Social, se encuentran en Puerto Rico en asuntos de las asociaciones que dirigen.

El Dr. Theobald Smith
se encuentra de visita en Puerto Rico y dará varias conferencias en la escuela de Medicina Tropical.

El Dr. José A. López Antongiorgi.

Se encuentra entre nosotros desde hace varios días este querido amigo que reside en Nueva York desde hace tiempo. Le acompaña en esta visita a Puerto Rico el

Dr. Reifenstein, Profesor de Medicina en la Universidad de Syracuse.

Dr. A. Fernós Isern.

Acaba de ser confirmado por el Senado de Puerto Rico para el cargo de Comisionado de Sanidad. El Dr. Fernós Isern ocupó el cargo de Sub-comisionado de Sanidad por muchos años.

Dr. George C. Payne.

Después de un año de ausencia en estudios por Europa y Estados Unidos, regresó a Puerto Rico en compañía de su distinguida esposa la señora Florence K. Payne en días pasados. El Dr. Payne es el representante de la Fundación Rockfeller en Puerto Rico.

Revista de Revistas

B LYONNET.—Una importante función interna del riñón la formación de amoniaco.—"Lyon Médical", t. LXVI, núm. 28, 1930.

Nash y Benedict han encontrado regularmente más amoníaco en la sangre de la vena renal que en la de la arteria renal. Como consecuencia de estas experiencias, se ha admitido la formación de amoníaco como una función interna del riñón.

Todavía no se sabe a partir de qué substancia fabrica amoníaco el riñón.

Las investigaciones recientes han demostrado que la formación renal del amoníaco estaba dominada por un factor esencial, el descenso del pH, y esta formación de amoníaco actúa poderosamente sobre el mantenimiento del equilibrio ácido-básico.

Además, el amoníaco sirve para proteger las células del riñón contra el ataque de las substancias ácidas más o menos nocivas.

En estado patológico, la formación de amoníaco desempeña un papel muy importante, sobre todo en la diabetes: lucha contra la acidosis amenazadora.

Se ve la importancia de esta función interna del riñón, el papel de defensa que desempeña la formación de amoníaco para mantener el equilibrio ácidobásico de nuestros humores indispensable para la vida y para proteger las delicadas células renales.

BERARD (L.) y CREYSSEL (J.).—Tratamiende los grandes epiteliomas cutáneos de la cara después de fracaso de los métodos radioterápicos.—"Paris Médical, núm. 11, 1930.

Las recidivas de los epiteliomas de la cara después del fracaso del tratamiento radioterápico (por falta de técnica o por error de indicación) se presentan ordinariamente en forma de lesiones particularmente extensas y rebeldes, hasta el extremo de que numerosos médicos tienen tendencia a renunciar a toda nueva tentativa terapéutica radical.

La terapéutica debe reanudarse por una exéresis quirúrgica amplia. Exécresis a medida de las lesiones, empezando por la ablación amplia, en bloque, de todas las partes neoplásicas directamente abordables, y completada por la "toilette" minuciosa de la herida operatoria, la ablación con la legra o un bisturí diatérmico, según su naturaleza, de todas las partes sospechosas: tejidos microscópicamente invadidos por el neoplasma y tejidos afectos de necrobiosis. Este exéresis debe hacerse sin temor a la inutilización creada ni a sus reparaciones inmediatas.

Sin embargo, como en lesiones de esta naturaleza es imposible extirparlas completamente, es necesario completar luego la acción del bisturí por una irradiación a dosis suficientes. Esta irradiación sobre tejidos que asientan fuera de los límites de la zona anteriormente irradiada y que todavía están poco alterados podría tener preparada por la intervención quirúrgica los mejores efectos. Se hará de preferencia por medio del radium, fácilmente aplicable en excelentes condiciones, gracias a las vías de acceso a las partes profundas creadas por el desbridamiento operatorio y tan precozmente como lo permita el estado de la herida; por término medio, ocho a quince días después de la inter-

vención del mamelonamiento reparador es suficiente para permitir esta aplicación.

Después de la aplicación curieterápica empieza la tercera fase del tratamiento, es decir, la dirección de los procesos de cicatrización. En general, antes de que pasen varios meses, no se puede hablar de autoplastia secundaria, pues ésta exige maniobras quirúrgicas demasiado complejas sobre los tejidos irradiados. Por lo tanto, por la vigilancia atenta de la epidermización secundaria, ayudada por la diatermia, por la aplicación de antisépticos ligeros, etc., es como se prevendrán las reproducciones, siempre posibles, de células neoplásicas. Con bastante frecuencia habrá que recurrir a tiempos complementarios (electro-coagulación de los mamelones sospechosos, ablación, secuestros) que constituirán otros tantos "retoques" necesarios antes de la curación completa. Y la aplicación de una prótesis ligera sobre vendaje protector permitirá enmascarar la inutilización (sin abandonar la vigilancia) y autorizar al enfermo que reanude su vida normal.

SAILE (F.).—La influencia de la alimentación vegetariana sobre la tensión arterial.—"Medizinische Klinik, t. XXVI, número 25, 1930.

Todas las opiniones están divididas ante el problema de si conviene o no emplear carne en la alimentación de los hipertensos. Por consejo del profesor Weitz, de Stuttgart, el autor, para poner una eficiente resolución en este problema ha estudiado la tensión arterial en los monjes; de un lado, los de las Ordenes, que prohiben la carne en su alimentación (trapenses, carmelitas y chartreux); de otro lado, las Ordenes que la permiten (benedictinos y franciscanos).

La estadística ha sido formada con 110 monjes de Ordenes vegetarianas y con 115 monjes de Ordenes que toleran la carne, y demuestra que los primeros tienen una presión arterial notablemente más baja que los segundos; ningún monje de los vegetarianos tuvo una tensión superior a 17.5 centímetros, mientras que de los que comían carne sólo se encontraron cinco con estas cifras de presión arterial.

Tensiones superiores a 13.5 centímetros se encontraron en cinco vegetarianos, y en 20 no vegetarianos, tensiones superiores a 12 centímetros, en 28 vegetarianos (25,4 por 100), y en 81 no vegetarianos (70,4 por 100). El hecho es más notable, puesto que los trapenses, carmelitas y chartreux examinados tenían más edad en general que los benedictinos y franciscanos.

Si se estudia la curva de presiones máximas por cada edad (veinte a treinta, treinta a cuarenta, etc.) para cada uno de los grupos de monjes, se comprueba que la tensión de los vegetarianos, en cada grupo de edad, es más baja que la de los no vegetarianos. La diferencia oscila en 7,87 centímetros entre los cuarenta a cincuenta años; 2,9 centímetros, entre cincuenta y sesenta años; 4,275 centímetros, entre los sesenta a setenta años, y de 3 a 4 centímetros por encima de los setenta años.

El autor analiza detenidamente algunas particularidades de la vida de las diferentes órdenes monásticas estudiadas, y no encuentra ninguna otra relación para explicar las alteraciones de la presión arterial; y encuentra en sus observaciones motivos suficientes para apoyar la opinión expuesta por su maestro Weitz, en el Congreso de Medicina Interna de 1929. Los individuos predispuestos a hipertetnsión por herencia familiar deben seguir un régimen exclusivamente vegetariano.

DR. GARCIA CABRERA.

Contribución al estudio experimental de la diuresis.—C. MARCOS ZALDUA—Progresos de la Clínica. Enero 1931.

El autor llega a las siguientes conclusiones después de un largo e interesante trabajo experimental en animales y de un gran número de casos clínicos detenidamente estudiados:

No hemos comprobado la existencia de una hypercloremia como hecho que preceda a la diuresis pérvica.

La acción de la sonda sobre las vías urinarias del animal actúa como estímulo diurético, siendo esta diuresis de origen dominantemente renal.

La disminución de la concentración de cloruros en orina es un hecho constante en las diuresis renales, precediendo de aumento de la cantidad de orina, e igualmente el paralelismo de esta concentración clorurada con la eliminación total de cloruros. El comportamiento de la cloremia no es un factor decisivo para juzgar de la diuresis en sí, aunque sirve de mucho para conocer el tipo de mecanismo diurético.

La diuresis provocada por sobrecargas de agua en el tubo digestivo es de origen dominante-

mente renal, interviniendo igualmente reflejos neurovegetativos.

De nuestra experiencia se deduce que la diuresis producida por compuestos púricos es preferentemente por mecanismo de acción renal, aunque se asocian a ella acciones extrarrenales de menor importancia.

El mecanismo de acción de la diuresis que en condiciones patológicas puede provocar el extracto de hipofisis es evidentemente extrarenal; en condiciones patológicas originan una movilización y eliminación cloruradas grandes, pero sin diuresis, antes al contrario con oliguria.

Los productos activos de la secreción del tiroides son igualmente diuréticos por mecanismo extrarenal, aunque no es tan marcado como en los extractos de hipofisis.

El Novasurol se ha comportado en nuestras experiencias con efecto extrarenal.

La Escilarina se comportó en nuestras observaciones como diurético por mecanismo perfectamente renal.

La urea, como diurético, en condiciones fisiológicas, se manifestó, en su mecanismo de acción renal al principio, pero preferentemente extrarenal después, siendo este último el más manifiesto.

El calcio actúa fisiológicamente como diurético, de acción dominantemente renal.

DR. GARCIA CABRERA.

Sífilis de las embarazadas.—DR. O. L. MULAT Long Island Medicae. J. Vol. XXIV.—No. 9.

Hay tres cuestiones de capital importancia en la sífilis: 1a. la neurosífilis; 2a. el matrimonio de los sifilíticos, y 3a. la sífilis congénita.

La sífilis es la causa principal de los abortos probablemente lo es en más del 80% de los casos.

Tenemos que contestar las siguientes preguntas.

En qué época de la gestación puede emplearse el tratamiento para conseguir un hijo vivo.

Cuándo debe empezarse el tratamiento para conseguir un hijo libre de sífilis.

No se puede encarecer demasiado el valor de la R. W. durante el embarazo. El embarazo es un estimulante de la sífilis latente. La sífilis hereditaria puede producir todas las manifestaciones de la sífilis adquirida y muchas veces mas que no ocurren en esta última. La sífilis congénita no mata siempre durante el primer año de vida y sus manifestaciones pueden ser aplazadas hasta después de los cincuenta años muchos casos de epilepsias, idiotez, homofalias, macrocefalias, microcefalias, muchas parálisis espasmódicas son sifilíticas habiendo podido evitarse por el reconocimiento y tratamiento de la madre durante el embarazo.

El tratamiento desde el comienzo del embarazo y en todo tiempo durante este es la única esperanza de conseguir un hijo libre de sífilis. Cualesquiera que sea el resultado del embarazo la mujer debe continuar el tratamiento después del parto. El niño debe seguirse tratando desde que nace.

DR. GARCIA CABRERA.

"Hematological Aspects of Agranulocytosis and other Diseases Accompanied by Extreme Leucopenia." — NATHAN ROSENTHAL— Am. Jour. of Cli. Path. Vol. I Jan. 1931:7.

El autor estudia 90 casos de distintas enfermedades asociadas a una marcada leucopenia, excluyendo de la lista anemia perniciosa, esplenomegalias, linfadenopatías malignas y casos tratados con los rayos X.

El grupo principal lo compone casos de Agranulocitosis. Según Schultz agranulocitosis es una entidad clínica de alta mortalidad que se manifiesta como una condición séptica y necrótica de las membranas mucosas especialmente de la garganta y boca, está acompañada por una profunda leucopenia y la caracteriza hematológicamente la desaparición de la sangre de los neutrófilos polinucleares o granulocitos.

En el estudio teórico de la leucopenia dice que ésta es el resultado de influencias intrínsicas o extrínsicas sobre los órganos leucopoyéticos que son, la médula osea, los nódules linfáticos y posiblemente otras areas como los tejidos retículo-endoteliales. Los factores extrínsicos son: el sistema nervioso vegetativo, las infecciones y el equilibrio ácido-base del organismo.

Como resumen a su trabajo dice lo siguiente:

1.—La causa principal de la leucopenia se cree que sea primaria, en trastornos constitucionales aplásticos de la médula osea.

(a) Agranulocitosis mortal como resultado de algún trastorno profundo en la formación del elemento granulocítico.

(b) Anemia aplástica como resultado de una

aplasia extensa de todos los elementos de la médula osea.

(c) Panmielotisis resultando en una disminución de las células rojas y blancas.

(d) Púrpura hemorrágica con leucopenia donde los leucocitos y plaquetas están implicados.

2. Leucemia leucopénica mioleoide puede parecerse sintomáticamente a estas condiciones de la sangre, pero se diferencian por la presencia constante en la sangre periférica de los mielocitos o linfoblastos.

3. Una agranulocitosis benigna puede ocurrir como resultado de una infección. En ese caso la médula osea no está aplástica.

4 La acción tóxica del benzol, del radium, de los rayos X y del salvarsan puede producir el cuadro hematológico de agranulocitosis y de otras condiciones aplásticas.

5. Infecciones, enfermedades del hígado, enfermedad de Hodgkin, clorosis, anemia perniciosa, carcinoma con metástasis a la médula osea y varias formas de esplenomegalia pueden producir leucopenias mas o menos severas.

6. Este estudio establece ciertos factores o criterio para la diferenciación de las distintas enfermedades que están asociadas a una marcada leucopenia.

R. M. SUAREZ.

"Agranulocytic Syndromes" — EDWARD L. MILOSLAVICH and FRANCIS D. MURPHY —Am. Jour. of Cli. Path. Vol. I—Jan. 1931: 33.

El término Agranulocitosis fué introducido en 1922 por W. Schultz. La enfermedad se manifiesta súbitamente con fiebre alta y el desarrollo de procesos úlcero-necróticos y díftero-gangrenosos sobre las amígdalas, faringe, paladar o sobre la membrana mucosa de otros órganos como el esófago, cólon o vagina. Muy rara vez el bazo y el hígado aparecen aumentados en tamaño, pero nunca los nódulos linfáticos. Los cambios hematológicos son leucopenia marcada (200 a 4,000 leucocitos) y la desaparición casi total de los granulocitos (neutrófilos y eosinófilos). No se afectan los eritrocitos ni las plaquetas. Generalmente la muerte sobreviene rápidamente (siete días)

No se ha encontrado factor etiológico específico hasta la fecha. En algunos casos se han aislado de la sangre el neumococo, el estreptococo hemolítico, el escherichia coli y pseudomonas aeruginosa. La mayor parte de los hemocultivos han sido negativos.

Los veinte y dos casos estudiados se subdividen como sigue: once casos de angina agranulocítica, un caso de angina monocítica, dos casos de aleucia, dos de angina agranuloítica sintomática en endocarditis séptica y uno de anemia estreptocóccica.

En cinco casos en los cuales se practicó autopsia se pudo aislar un estreptococo hemolítico del tejido del bazo.

Se levanta la cuestión interesante de si los procesos úlcero-gangrenosos son primarios o si se desarrollan com manifestaciones secundarias del complejo agranulocítico.

R. M. SUAREZ.

Studies on Schilling Count in Appendicitis by ASHER YAGUDA—Am. Jour. of Cli. Path. Vol. I. Jan. 1931: 39.

Empieza el autor su interesante trabajo citando las opiniones de distintos cirujanos en relación con el contage de sangre en apendicitis. Atribuye a Deaver, Wooddall, Lincoln, Reese, Hintin, Wallace, Hellwig y a otras manifestaciones hechas que demuestran la poca confianza que tienen estos autores en los contages leucocitarios como una ayuda en el diagnóstico de esa enfermedad.

Habla entonces de los trabajos de Sondern, Gibson y Wilson acerca del "aumento en el número relativo de los polinucleares como un índice del grado de absorpción tóxica y de la cifra de leucocitosis como una evidencia de la resistencia del organismo" y de la fórmula matemática preparada por Walker en 1919 para determinar el "indice de resistencia." Las fórmulas matemáticas de Gibson o de Walker no tienen aplicación práctica en los niños.

Arneth en 1904 descubrió que las variaciones en la estructura del núcleo de los polincleares corresponden a la gravedad de las infecciones, con su clasificación las células se dividen en cinco grupos y éstos en veinte formas neutrofílicas distintas. Esta clasificación fué simplificada por Schilling en 1912, dividiendo los granulocitos de la siguiente manera:

(1) Micolocitos, células con núcleo completamente redondo que nunca se encuentran en la sangre normal.

(2) Formas jóvenes de leucocitos neutrofílicos o metamielocitos de Pappenheim, que tienen una ligera indentación nuclear.

(3) Formas de banda en las cuales no se encuentran verdaderas lobulaciones del núcleo, pero que tiene éste una forma alargada o curvada.

(4) Células con segmentación nuclear definitiva.

Schilling describe cambios degenerativos y regenerativos, los cuales él interpreta como indicadores del estado funcional de la médula osea.

El autor basa su trabajo en el estudio de 671 pacientes de apendicitis y presenta la historia clínica de dos casos que demuestran claramente la ventaja que para fines de diagnóstico tiene el método Schilling, sobre el contage corriente leucocitario y diferencial, llegando a las siguientes conclusiones:

(1) La presencia de un porciento normal de formas jóvenes o inmaturas eliminan un diagnóstico de apendicitis.

(2) Un contage diferencial de formas jóvenes de menos de 14%, indican un proceso benigno, limitado probablemente a la mucosa.

(3) Si las formas jóvenes (inmaturas) pasan de 14% indican una apendicitis supurada difusa y son signo de mayor gravedad según el contage se acerca a 30%.

(4) Más de un 35% de células inmaturas indican perforación con peritonitis.

(5) Contages repetidos son de un valor pronóstico definitivo.

R. M. SUAREZ.

AVISO

La Junta Editora de esta revista en su empeño de levantar el "standard" científico de esta a la altura de las mejores en su clase, desea recordar a los compañeros médicos y colaboradores, que todo trabajo leído en una asamblea de distrito o de la Asociación Médica de Puerto Rico es propiedad del Boletín y no puede ser publicado en ninguna otra revista sin el permiso de la junta editora, y cuando este permiso se conceda deberá insertarse una nota indicativa de la fecha y la asamblea en que fué leído.

Artículo X.—Sección 2 del reglamento aprobado en la Asamblea extraordinaria celebrada en San Juan el 29 de Junio de 1924 dice así:

> "Cualquier documento leído ante la Asamblea o cualquiera de sus sesiones, será propiedad de la Asociación. Después de leído un trabajo será entregado al Secretario."

YATREN 105

RECONOCIDO COMO EL MEJOR MEDICAMENTO
CONTRA LA
DISENTERIA AMIBIANA
Y ENFERMEDADES INTESTINALES SEMEJANTES.

FABRICADO POR
I. G. FARBENINDUSTRIAL
A-G LEVERKUSEN, GERMANY
PARA LA
Winthrop Chemical Co., Inc., — New York.

GONO-YATREN

COMPOSICION. El Gono-Yatrén es una suspensión de gonococos polivalentes, recién tomados del paciente, en una solución de Yatrén al 4%.

INDICACIONES. Todos los estados de la gonorrea del hombre y de la mujer, uretritis, prostatitis, epididimitis, spermatocistitis, cervicistitis, endometritis, salpingitis, vulvo-vaginitis, artritis, así como para la provocación.

DOSIFICACION. 1. En ampollas para el tratamiento esquematizado.

Número de gérmenes de la serie de ampollas en cada una 2,5 cm^3:					
I	II	III	IV	V	VI
25	50	75	100	150	200 millones de gérmenes

Siempre hay que empezar con la ampolla I. 2,5 cm^3 por vía intramuscular cada 4 a 5 días. Para aplicación intravenosa hay que usar dosis más pequeñas.

2. En frascos para el tratamiento individualizante.

Número de gérmenes: 50 millones por centímetro cúbico		
a) Por vía intragluteal: 1,0—4,0 cm^3 = 50—200 millones de gérmenes	}	La aplicación se hace a intervalos de 3-4 días
b) Por vía intravenosa: 0,5—3,0 cm^3 = 25—150 millones de gérmenes		

Debe empezarse siempre con dosis pequeñas y pasarse poco a poco a las mayores
Para la provocación de la gonorrea lo mejor es inyectar del frasco, por vía intravenosa, una sola vez 1,0—1,5 cm^3 = 50—75 millones de gérmenes.

Distribuidor: **FR. SCHOMBURG,**
LUNA 80 — SAN JUAN, P. R.



Ensáyela GRATIS

. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestesico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Inhalant, No. 66

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de COLE No. 18.

(Compuesto de secretina y páncreas)

Páncreas (isletas de Langerhans)	3 grs.
Pituitaria (íntegra)	⅛ gr.
Secretina	1 gr.
Vaccinium myrtillus (Blue Berry)	½ gr.
Preparado Remineralizante de de Cole No. 12	q.s.

Recete:—Compuesto Endócrino de Cole No. 18 (Compuesto de secretina y páncreas). Una cápsula tres veces al día después de las comidas; luego cuatro cápsulas al día; y más tarde dos cápsulas, tres o cuatro veces al día.

Indicaciones: diabetes azucarada.

Nota: al administrar este tratamiento conviene comenzar con una dósis pequeña, aumentándola gradualmente hasta obtener los resultados que se buscan. La cantidad depende de la tolerancia de carbohidratos del paciente y de la fijeza del nivel de azúcar en la sangre. Las isletas de Langerhans, que contiene esta fórmula aumentan la tolerancia de azúcar, la substancia de las amígdalas tiene un efecto benéfico e indirecto sobre la glicolisis y los Preparado Remineralizante de Cole No. 12 (compuesto neutralizante de sodio y potasio), remineralizan la deficiencia alcalina que generalmente se presenta en el caso de la diabetes azucarada.

Compuesto Endócrino de COLE No. 19

(Compuesto tiro-pituitario)

Substancia tirodea	½ gr.
Pituitaria (íntegra)	⅛ gr.
Fitolacina	½ gr.
Apocynum (P. E.)	¼ gr.
Preparado Remineralizante de Cole No. 12	q.s.

Recete:—Compuesto Endócrino de Cole No. 19 (Compuesto tiro-pituitario). Una o dos cápsulas tres o cuatro veces al día.

Indicaciones: obesidad.

Nota: la tiroides y la pituitaria, ambas, tienen que ver con el metabolismo. El hiperfuncionamiento de cualquiera de ellas resulta en la disminución y lentitud del metabolismo. Combinando a las dos glándulas mencionadas con la fitolacina, el apocynum y los Preparado Remineralizante de Cole No. 12, se han obtenido resultados que son muy satisfactorios.

COLE CHEMICAL COMPANY
ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: LUIS F. BALAGUER.
Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

¡ALGO MAS QUE UNA SIMPLE PREPARACION DE HIERRO!



La inestimable eficacia del hierro, más la Vitamina B y otros agentes reconstituyentes.

EN el Neoferrum el médico tiene a su disposición una preparación ferruginosa que activa una muy rápida regeneración sanguínea.

Ha dado los más rápidos y satisfactorios resultados en las anemias y clorosis y en las deficiencias sanguíneas en general acompañadas de desnutrición y adinamia, restaurando el vigor, el apetito y el color.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28	%
Manganeso Elemental	0.066	%
Acido Arsenioso	0.0007	%
Maltina	30.00	%
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00	%
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00	%
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00	%

El Neoferrum corrije no solamente el empobrecimiento sanguíneo, sino que, por su abundancia de Vitaminas B, mejora el apetito, acelera la nutrición y fortifica el organismo debilitado contra las infecciones.

El Neoferrum suministra el hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos—hierro orgánico que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso, es especialmente eficaz como regenerador de la sangre.

El Neoferrum no es astringente, es fácilmente asimilable, ligeramente laxante y agradable al paladar. Tiende a corregir la acidosis y no mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se despacha solamente por receta facultativa. A solicitud se enviarán informes clínicos específicos y muestras. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NB
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

CALIDAD ANTE TODO

ESTE ha sido siempre el lema de la casa Scott & Bowne, para su producto la Emulsión de Scott, de lo cual se ha dado amplia evidencia a los señores médicos.

Por lo que concierne al aceite de hígado de bacalao, nadie niega que para administrarse con éxito es necesario que sea puro y se presente en forma agradable. Por más de cincuenta años, la casa Scott & Bowne ha utilizado todos cuantos medios nuevos ha presentado la ciencia para establecer y mantener con la mayor eficiencia posible la pureza y la calidad óptima del aceite de hígado de bacalao que entra en la composición de la Emulsión de Scott.



Administración y Laboratorios de Scott & Bowne, Bloomfield, N. J. E. U. de A.

Para garantía, pues, de pureza y eficacia, con el mínimum de esfuerzo digestivo, no vacile en recomendar la



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

Como un ayudante en el tratamiento de las afecciones respiratorias recuerde el emplasto

Numotizine

Ayuda a reducir la fiebre, mejora el dolor y la congestión.

La NUMOTIZINE se remueve con facilidad después de producir el efecto deseado.

Se aplica externamente y no causa trastornos gástricos.
Solicite muestras y literatura.

NUMOTIZINE INC.
220 W. Ontario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).
Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.



E. C. P.

Año XXIII. Núm. 187.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

ABRIL, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
5 MAR 1938

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 133

Mortalidad infantil en Puerto Rico. Manera de prevenirla 134

Dr. Leopoldo Figueroa.

Noticias Médico-sociales. 179

Revista de Revistas 181

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO, FERNANDEZ & CO. INC., SAN JUAN

MEJOR APETITO

MEJOR NUTRICION

AUMENTO DE PESO Y DE VIGOR

SALUD ROBUSTA

Sin la indispensable vitamina-B (factores F y G), no es posible mantenerse largo tiempo en salud. Aun las menores deficiencias de vitamina-B conducen a la pérdida del apetito, el enflaquecimiento y la desnutrición general del cuerpo.

Cada pastilla de Vitamina de Levadura-Harris contiene 200 milígramos de fracción de vitamina-B, desimétricamente normalizada por medio de experimentos biológicos practicados con ratas blancas, de acuerdo con el método de Osborne y Wakeman, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale. Estas pastillas constituyen una preparación concentrada de levadura de cerveza fresca y han demostrado ser la forma más poderosa de vitamina-B obtenible en el mercado de los Estados Unidos.

La Vitamina de Levadura-Harris es excepcionalmente eficaz para fomentar la inmunidad contra las infecciones y levantar la vitalidad y las fuerzas en todos los estados de debilidad.

Producto exclusivo de THE HARRIS LABORATORIES, INC., Tuckahoe, Nueva York, EE. UU. A., especialistas, desde 1919, en la preparación de productos vitaminados para usos médicos. Pídanse monografías descriptivas.

fuente reconocida de la vitamina-B (factores F y G)

VITAMINA DE LEVADURA

(P A S T I L L A S)

—HARRIS—

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A.

91141

Para un diagnóstico seguro una Radiografía



CUANDO los resultados del examen clínico son indecisos porque los síntomas no se manifiestan de manera clara, se dificulta hacer un diagnóstico concluyente. En tales casos es cuando la radiografía presta un servicio inapreciable.

En los exámenes periódicos, los Rayos X revelan cualquier anormalidad difícil de determinar por otros medios. La radiografía descubre a tiempo un trastorno orgánico, pudiéndose así evitar el desarrollo de la enfermedad.

En la Película Eastman "Dupli-Tized" de *Seguridad* para Radiografías, entra todo lo esencial en las películas Rayos X: uniformidad, rapidez, seguridad, latitud.

Por esas razones es la preferida por los roentgenólogos más eminentes del mundo entero.

De venta por los distribuidores Kodak

A LA EASTMAN KODAK COMPANY
ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Sírvanse mandarme un ejemplar de su libro "Los Rayos X en Medicina."

Nombre .....

Dirección .....

.....

Nombre de esta revista .....

Protejiendo a la Humanidad de las llamadas "Curas del Estreñimiento"

Todo médico sabe perfectamente que las píldoras y sales catárticas producen un alivio transitorio del estreñimiento. Lo que necesitan estos pacientes es volúmen o bulto en la dieta regular. Por eso la clase médica recomienda el **KELLOGG'S ALL BRAN.**

El **ALL BRAN** ha sido considerado como uno de los correctivos naturales del estreñimiento transitorio o crónico.

ALL BRAN es delicioso servido como un cereal con leche helada o crema, con frutas o con poco de miel de abeja.

Es igualmente delicioso cuando se riega sobre cereales, sopa u otros alimentos.

De venta en todos los colmados y pulperías.



Kellogg's
ALL-BRAN

617

Para la Desinfección Cutánea

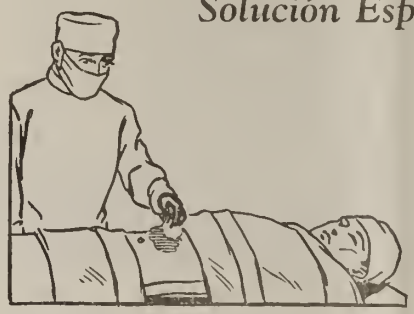
nada equivale al

MERCUROCROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Solución Especial Preoperatoria



No es tóxico
No produce dolor
No causa dermatitis
Se seca con rapidez
Penetra profundamente
Es altamente bactericida
Su roja mancha delata el área esterilizada

FORMULA: Disuélvanse 2 gramos de MERCUROCROMO en 25 c.c. de agua destilada. Añádanse luego 55 c.c. de alcohol puro y 10 c.c. de acetona. Déjense reposar dos horas y fíltrese el precipitado. Esta solución es inalterable y permanecerá activa.

¡DESCONFIE!
de todo *"Mercurocromo"* cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

¡ALGO MAS QUE UNA SIMPLE PREPARACION DE HIERRO!



La inestimable eficacia del hierro, más la Vitamina B y otros agentes reconstituyentes.

EN el Neoferrum el médico tiene a su disposición una preparación ferruginosa que activa una muy rápida regeneración sanguínea.

Ha dado los más rápidos y satisfactorios resultados en las anemias y clorosis y en las deficiencias sanguíneas en general acompañadas de desnutrición y adinamia, restaurando el vigor, el apetito y el color.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28 %
Manganeso Elemental	0.066 %
Acido Arsenioso	0.0007%
Maltina	30.00 %
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00 %
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00 %
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00 %

El Neoferrum corrije no solamente el empobrecimiento sanguíneo, sino que, por su abundancia de Vitaminas B, mejora el apetito, acelera la nutrición y fortifica el organismo debilitado contra las infecciones.

El Neoferrum suministra el hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos—hierro orgánico que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso, es especialmente eficaz como regenerador de la sangre.

El Neoferrum no es astringente, es fácilmente asimilable, ligeramente laxante y agradable al paladar. Tiende a corregir la acidosis y no mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se despacha solamente por receta facultativa. A solicitud se enviarán informes clínicos específicos y muestras. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NB
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

LA CHISPA

A veces, aunque el tratamiento practicado por Ud. para una enfermedad infecciosa sea completamente acertado, el agente patógeno sigue ganando terreno y su enfermo empieza a descender. En este momento crítico, el único recurso es avivar la chispa vital, o sea, despertar todas las fuerzas defensivas del organismo y oponerlas al proceso infeccioso.

La **OMNADINA,** por su acción vitalizante generalmen- determina un cambio francamente favorable en el estado del enfermo. A ello sigue un marcado descenso de la temperatura, el organismo principia a ascender entonces en la curva de resistencia y el proceso patológico, o se detiene por completo, o se suaviza y se hace de menor duración.

Como la **OMNADINA** no es específica, en su órbita de utilización están comprendidas muchas enfermedades infecciosas, hipertérmicas, agudas o sub-agudas, como de carácter crónico. De entre ellas podemos mencionar la influenza, la grippe, las numonías, fiebre puerperal y mastitis, encefalitis, septicemia, tifoidea, tosferina, afecciones reumáticas, e infecciones de los ojos, oídos, nariz y garganta.

La **OMNADINA** no produce efectos anafilácticos, y es de perfecta tolerabilidad. A solicitud le enviaremos literatura.

El resultado será tanto más positivo cuanto antes se aplique el preparado.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

170 VARICK ST., NEW YORK, N. Y.

La calidad **Winthrop** no admite sustitutos.
FR. SCHOMBURG, Distribuidor.—80 Luna St., San Juan.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII. | **ABRIL DE 1931.** | Núm. 187.

EDITORIAL

PUERTO RICO Y SU PROBLEMA DE NUTRICION

Nada constituye desde hace muchos lustros un problema médico de más trascendencia. Es el obstáculo mayor con que se tropieza el médico, especialmente, cuando tiene que atender a las clases menesterosas; es un mal ya proverbial, reconocido y aceptado por todos, aún por los mismos depauperados, cuya miseria orgánica contriste y abruma.

Allí donde la célula lucha y forcejea, desprovista de pábulo adecuado para su desarrollo y reparación se asientan y enseñorean los gérmenes morbosos de unas y otas enfermedades infecciosas, las energías se agotan, decaen las iniciativas y se embotan las facultades mentales, sumiéndose el cerebro y el organismo en un marasmo abúlico e infecundo.

No podemos extrañarnos, por tanto, que en nuestro país la tuberculosis haya tomado proporciones alarmantes, adelantándose a primera fila entre los morbos que diezman nuestra población. Y al combatirla, necesariamente hemos de utilizar como arma profiláctica indispensable, un mejoramiento de las condiciones de nutrición prevalecientes.

Actualmente la situación económica parece hacer imposible hallar una solución inmediata al problema. Nuestros obreros, como en todas partes del mundo, dedican casi todo su jornal a su alimentación, pero aún así, el promedio per cápita no llega a diez centavos diarios, y sobre esta base parece imposible resolver satisfactoriamente el conflicto. No obstante, está ante nosotros una obligación apremiante e ineludible: Estudiar científicamente el problema, a fin de ver qué cambios debemos aconsejar en la dieta de nuestras clases pobres para que ésta resulte lo más eficaz posible. Quizás es hora ya de que a unísono clamemos sobre la imperiosa necesidad de que se legisle con el propósito de abaratar los proteidos, cuya deficiencia aparentemente es la que más se deja sentir.

Tenemos entendido que nuestra Escuela de Medicina Tropical está dedicando atención preferente a estas investigaciones. Es de esperarse, pues, que conjuntamente habremos de ofrecer fórmulas viables, prácticas y concretas.

R. J. S.

MORTALIDAD INFANTIL EN PUERTO RICO (*) MANERA DE PREVENIRLA

LEOPOLDO FIGUEROA.

De etiología compleja es el análisis del grave problema de la alta mortalidad que troncha en flor tantas vidas en sus comienzos y que aparece en la estadística demográfica con las aterradoras cifras de 7,788 para los menores de 1 año, 3,027 de 1 a 2 años y 2,773 de 2 a 5 años o sea en total 13,578 con un tipo de 146 por 1,000.

Y decimos que es complejo el plantear el problema del óbito infantil, porque en él no intervienen solamente factores etiológicos de carácter patológicos, que al encuadrar en la nosografía, le dan a este estudio carácter exclusivamente biológico, sino que además intervienen también otros factores causales de carácter sociológicos, que en consorcio con los morbígenos, hacen del pavoroso problema de la mortalidad infantil, uno, si no insoluble, por lo menos de dificilísima y grave solución.

Una vez planteado este problema en sus dos aspectos, abordémoslo, pero, haciendo un estudio analítico, una disección etiológica, como la que se hace en el anfiteatro anatómico con el cadáver, de modo a profundizar en el órgano social afecto o en la víscera enferma de manera a hacer luz en este sendero de dolor, donde nuestro pueblo pierde 13,578 vidas anuales entre las lágrimas de las madres y la desesperación de los padres.

Si estudiamos nuestra población después de la 2da. mitad del siglo XVIII partiendo del año 1765 según los censos oficiales de 1899, 1910 y 1920 y según el estimado que para 1928 hace el Departamento Insular de Sanidad, nos encontramos que ha sido la siguiente:

POBLACION DE PUERTO RICO

	Población	Por ciento de aumento
1765	44,883	
1775.	70,250	57
1800.	155,426	37
1815.	220,892	26
1832.	330,051	27
1846.	447,914	24
1860.	583,303	21
1877.	731,648	14
1887.	798,565	9
1899.	953,243	16
1910.	1,118,012	17.3
1920.	1,299,809	16.3
1928.	1,454,047	12

Ahora tomemos del Censo de 1899 los datos en relación con la mortalidad total que son los siguientes:

MORTALIDAD Y TIPO DE MORTALIDAD POR MIL

1888-1898.

Año	Población Calculada	Muertes Reportadas	Tipo de Mortalidad
1888	811,454	25,568	31.5
1889	824,344	26,255	31.8
1890	837,234	26,955	32.1
1891	850,124	24,089	28.3
1892	863,014	24,474	28.3
1893	875,903	21,616	24.6
1894	888,793	24,896	28.0
1895	901,683	26,284	29.1
1896	914,573	25,435	27.8
1897	927,463	31,980	34.4
1898	940,353	33,614	35.7
Promedio durante 11 años..	875,903	26,496	30.2

(*) Monografía presentada a la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico en Diciembre 1928. A este trabajo y otro de igual título de los Dres. A. Fernós Isern y J. Rodríguez Pastor, les fueron adjudicados por la Asociación Médica el premio "Tomás y José María Blanco." Este trabajo se publica sin hacerle variante alguna, tal cual fué presentado, oportunamente su autor se promete ampliarlo hasta la fecha de nueva publicación.

(Gráfico 1—Véase apéndice.)

El tipo de mortalidad general ha seguido siendo el siguiente:

1899	36.9
1900	40.81
1901	36.63
1902	24.63
1903	25.35
1904	22.16
1905	22.17
1906	22.56
1907	25.25
1908	21.65
1909	20.0
1910	22.14
1911	23.44
1912	24.02
1913	18.6
1922-23	21.1
1923-24	18.7
1924-25	22.8
1925-26	22.8
1926-27	23.3
1927-28	20.4

Hasta aquí el estudio global de la población y de la mortalidad viéndose por el tipo anotado en el último año económico 1927-28 que ha habido un descenso del índice de mortalidad general, la cual cifra es mucho más baja que la de los años precedentes, por lo que es necesario que frente a hecho tan halagador le hagamos justicia al Departamento Insular de Sanidad dándole el merecido crédito por este triunfo.

Una vez conocida la cifra global de mortalidad, así como el tipo de la misma, estudiemos ahora la mortalidad infantil y para ello no nos concretaremos a su estudio únicamente en nuestro suelo, sino que iremos a entresacar estadísticas de otros pueblos, de modo a que podamos efectuar un estudio comparativo y de esta manera darnos exacta cuenta de nuestro verdadero status en esta letal estadística.

Las estadísticas de la monarquía británica que tenemos a la vista establecen un índice por mil de mortalidad infantil, que es el siguiente:

INGLATERRA Y PAIS DE GALES

Mortalidad anual de los niños menores de un año por 1,000 *nacimientos.*

1876	146
1877	136
1878	152
1879	135
1880	153
1881	130
1882	141
1883	137
1884	147
1885	138
1886	149
1887	145
1888	136
1889	144
1890	151
1891	149
1892	148
1893	159
1894	137
1895	161
1896	148
1897	156
1898	160
1899	163
1900	154
1901	151
1902	153
1903	132
1904	145
1905	128

Consideremos ahora las estadísticas de algunas de las ciudades germanas:

POR CIENTO DE MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNAS CIUDADES ALEMANAS

Berlin	1902	18,1
Breslau	1902	21,5
Munich	1902	24.0
Dresde	1902	16,5
Lepizig	1902	18,8
Stuttgard	1902	20,9
Hamburgo	1902	15,2

El tipo por mil de mortalidad infantil en Francia fué en París como sigue:

1881-1885	161.5
1886-1890	152.0
1891-1895	135.3
1896-1900	119.0
1901-1904	110.1

En España según los datos del Instituto geográfico la mortalidad durante el primer año desde 1900 fué como a continuación se expresa:

MORTALIDAD INFANTIL EN ESPANA

Mortalidad en los niños de un día a un año, durante el período de 1893-1900.

(Mortalidad general. (1)

(*Datos del Instituto Geográfico y Estadístico*)

AÑO	Población en 1º. de enero	Natalidad	Mortalidad	iferencia	Mortalidad por 100 nacimientos	Termino medio anual de período
1893	17,846.802	664,938	511.121	123.817	81.38	
1894	17,803.574	632.538	556.120	76.418	87.91	
1895	17,960.526	636.130	527.192	108.938	82,87	
1896	18,017.660	654.736	539.145	115.651	82,47	84,04
1897	18,074.975	625.249	520.165	105.084	83,18	
1898	18,132.475	612.288	518.750	93,538	84,57	
1899	18,190.156	652.588	533.109	119.479	84,75	
1900	19,248.020	627.848	536.716	91.132	85,49	
		5.106.375	4,272.318	834.057		

En Norte América el Estado de New York es el que primeramente ha forcejeado en lucha tenaz contra la mortalidad infantil y de donde ha partido el estímulo para el resto de la nación, por lo que vamos a transcribir su estadística de mortalidad infantil desde el año 1904 al 1919 que literalmente tomamos de la importante y voluminosa obra de Pedratría de ABT.

(1) Mortalidad Infantil y natalidad en España, por el Dr. Paulino Romo. Comunirarión al II Congreso Internacional de las Gotas de Leche.

MORTALIDAD INFANTIL EN NEW YORK

TIPO POR MIL

AÑO	Menores de 1 año	De 1 a 2 años	De 2 a 5 años
1904	164.0	56.9	17.9
1905	163.0	47.2	14.7
1906	164.0	50.0	14.8
1907	160.0	46.1	14.2
1908	144.0	41.9	13.1
1909	137.0	45.3	13.1
1910	134.0	40.1	12.2
1911	120.0	34.4	10.5
1912	110.0	31.1	9.4
1913	102.0	30.5	9.5
1914	94.6	29.8	9.2
1915	98.2	29.1	8.9
1916	93.1	28.3	10.9
1917	88.8	23.9	7.8
1918	91.7	32.8	11.8
1919	81.6		6.9

Y ahora, una vez conocidas y estudiadas las anteriores estadísticas consignemos la nuestra, la que hemos procurado traer hasta el año presente partiendo desde el año 1910 de modo a que los datos sean más precisos y exactos y sobre todo recientes, tan recientes que incluyen los del último año económico que terminó en junio 30 de 1928.

Dada la gran importancia de esta estadística no hemos vacilado en hacer preparar una gráfica, en la cual se comprendeu durante los 18 años englobados de 1910 a 1928:

1ro.—El número de óbitos menores de un año; 2do.—los fallecimientos entre 1 y 2 años y 3ro.—las defunciones entre 2 y 5 años. Exhibit No. 2.

(Gráfico 2—Véase apéndice.)

Y la estadística a que responde esta gráfica es la que a continuación exponemos:

MORTALIDAD INFANTIL EN PUERTO RICO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1910-11 A 1927.28.

Año Fiscal	Nacimientos	DEFUNCIONES			
		Edad de 0 a 1 año	Tipo de Mortalidad Infantil	EDAD	
				De 1 a 2 años	De 8 a 5 años
1910-11	37,692	6,348	168	3,115	2,825
1911-12	39,874	6,554	164	3,233	3,139
1912-13	41,002	6,459	157	2,843	2,673
1913-14	45,609	5,713	125	2,295	2,125
1914-15	46,947	6,644	141	2,583	2,037
1915-16	45,590	6,951	152	2,997	2,505
1916-17	42,259	8,410	199	4,385	3,914
1917-18	43,261	7,501	173	4,184	4,317
1918-19	53,348	7,603	142	3,667	4,245
1919-20	50,729	7,434	146	2,897	2,720
1920-21	47,961	7,786	162	2,910	2,607
1921-22	52,033	7,951	152	3,557	2,773
1922-23	50,348	7,218	143	3,134	2,491
1923-24	51,722	6,642	128	2,788	2,290
1924-25	54,556	8,109	148	3,871	3,388
1925-26	56,295	8,482	150	3,853	3,451
1926-27	53,390	8,925	167	3,405	3,058
1927-28	53,085	7,788	146	3,027	2,773

Como los abortos no aparecen incluídos haremos constar que el número de estos habidos en el último trienio ha sido como sigue:

1925-26	4,856
1926-27	5,056
1927-28	5,225

(Gráfico 3—Véase apéndice.)

Acompañamos un gráfico que marcamos Exhibit 3 el que hemos hecho preparar respondiendo a la estadística pre-inserta, y por el cual podemos notar como va desgraciadamente ascendiendo el número de los abortos ¡posiblemente de carácter criminal!

Como complemento a la estadística anterior vamos a dar a conocer en este trabajo el número de óbitos por procesos sépticos puerperales durante el cuatrienio incluído de 1924-25 a 1927-28.

Septicemia Purperal			Otras Causas Puerperales	
Año	Muertes	Tipo por 10,000 del Total de nacimientos	Muertes	Tipo por 10,000 del Total de nacimientos
1924-25	202	33.9	187	31.4
1925-26	191	31.2	202	33.0
1926-27	204	34.9	171	32.6
1927-28	198	33.9	201	32.5

Una vez consideradas las estadísticas de la población total, mortalidad global, nacimientos, mortalidad durante el 1er. año, de 1 a 2 años, de 2 a 5 años, abortos, septicemias puerperales, vamos a presentar la estadística demostradora de la relación que existe entre los óbitos según las diversas edades con la mortalidad total o sea el tipo en porcentaje de muertes según las distintas épocas de la vida:

MORTALIDAD POR PERIODOS DE EDAD, DEMOSTRANDO EL POR CIENTO DEL TOTAL DE MUERTES, 1927-28, 1926-27.

EDAD	1927-1928		1926-1927	
	Muertes	Por ciento del total de muertes	Muertes	Por ciento del total de muertes
Menores de 1 año.....	7,788	26.2	8,925	26.6
De 1 á 2 años	3,027	10.2	3,405	10.1
" 2 " 5 "	2,773	9.4	3,058	9.1
" 5 " 9 "	1,053	3.5	1,211	3.6
" 10 " 14 "	739	2.5	807	2.4
" 15 " 19 "	1,103	3.7	1,480	4.4
" 20 " 24 "	1,592	5.4	1,660	5.0
" 25 " 29 "	1,369	4.6	1,686	5.0
" 30 " 39 "	2,266	7.6	2,623	7.8
" 40 " 49 "	1,918	6.5	2,133	6.4
" 50 " 59 "	1,544	5.2	2,119	6.3
" 60 " 69 "	1,685	5.7	1,808	5.4
" 70 " 79 "	1,301	4.4	1,361	4.1
" 80 " 89 "	964	3.2	870	2.6
" 90 en adelante (5).....	560	1.9	416	1.2
TOTAL	29,682	100.	33,562	100.

En relación con el estudio de la mortalidad según las distintas edades, vamos a transcribir el gráfico del Ministerio Francés que marcamos como Exhibit No. 5 correspondiente al año 1900.

(Gráfico 5—Véase apéndice.)

Si volvemos nuestra vista a las estadísticas de los diversos países de Europa a que hemos hecho referencia, así como a la del Estado de New York y las comparamos con la nuestra, en el acto veremos que donde más baja se la mortalidad es

en New York, siguiéndole después París, Inglaterra y las ciudades alemanas.

España, que muestra una cifra tan aterradora en las estadísticas de mortalidad infantil presentadas al II Congreso Internacional de las Gotas de Leche, por el Dr. Paulino Romo, gracias a las nobles prédicas del Dr. Tolosa Latour, incansable luchador por la protección a la infancia, y por una pléyade de médicos ilustres, entre los cuales descuellan Martínez Vargas de Barcelona, el Conde de San Diego, Mayoral, Pulido y otros, así como a la cooperación prestada por el gobierno de S. M. Alfonso XIII, después de celebrada en Madrid el año 1914 la Asamblea Nacional de Protección de la Infancia, ha visto descender el tipo de mortalidad infantil, desde el índice pavoroso que nos señaló el Dr. Romo en el II Congreso de las Gotas de Leche, hasta el tipo de 143 que señala su mortalidad infantil en el cuatrienio comprendido desde 1921-1925.

Nuestra mortalidad infantil para las fechas a que se refiere la de España osciló en los tipos siguientes:

1921-22	152
1922-23	143
1923-24	128
1924-25	148

Si promediamos estos tipos durante el cuatrienio, tendremos entonces que este índice de nuestra mortalidad infantil durante los años 1921 a 1925 es de 142,75 o sea 0.25 por mil más que en España.

Ahora, así como en España consideramos los factores que intervinieron en la baja del tipo de mortalidad, justo es que con nuestra estadística hagamos lo mismo, de modo de ver donde está la causa determinante de la desfervecencia en el índice de mortalidad.

Si nos fijamos en el bienio siguiente a 1925 o sea, los años 1925-27 nos encontramos con que este tipo sufre una exacerbación viéndolo llegar a las cifras de 150 y 167, lo cual nos haría sentirnos pesimistas a no ser porque la última estadística anual, el año siguiente a este bienio letal muestra una remisión en la curva indicadora del tipo de mortalidad infantil cuando lo hace descender a un índice de óbitos de 146.

Es nuestra opinión sincera, que en esto ha influído grande y poderosamente el loable impulso que a la humana labor de protejer, defender y salvar vidas ha dado el Departamento Insular de Sanidad desde los Centros de "Social Welfare" que ha establecido y que si es verdad que aún no han llegado a su perfecta organización y funcionamiento, no es por otra razón sino por la escasez de los medios económicos en que se debaten, a pesar de lo cual, el celo y actividad del actual Comisionado Dr. Pedro N. Ortíz le ha impreso un sello de tal eficiencia en el campo de la profiláxis y de la terapéutica, que ya vemos sus resultados sanitarios en estos dos factores que elocuentemente hablan: 1ro. Descenso de la mortalidad infantil a un tipo de 146 por mil y 2do. remisión de la mortalidad general a un índice de 20.4.

Este tipo es el más bajo que encontramos en una búsqueda de óbitos durante 13 años a excepción, del año 1923-24 en que aparece el tipo de 18.7, y este siendo ya Comisionado Insular de Sanidad el propio Dr. Ortíz.

Gustosos hacemos constar este triunfo del Departamento Insular de Sanidad dirijido por un portorriqueño, rompiendo con la idiosincracia de nuestro pueblo de estar presto a la censura y rehacio a la loa por merecida que ella sea, atributo

este desgraciado que nos ha hecho empequeñecernos unos por otros, apareciendo así inferiores ante los exóticos y extraños en este bendito suelo que plugo a Dios darnos con deseos de mejor suerte, y al que el bizantinismo entre sus hijos, ha estancado en todos los órdenes, desde el científico al artístico y desde el político al social.

II.

Hasta aquí las estadísticas hablando en el estilo exacto del número, ahora, descompongamos nuestra mortalidad infantil, analicemos primeramente *los factores patológicos* responsables de ella y aquilatemos hasta qué punto en la misma han intervenido otras causas, *males sociales*, de modo a una vez conocida la verdadera etiología y patogenizada ésta, hasta culminar en el doloroso, desenlace de la muerte, conocer desde su génesis hasta su fin el estado morboso y poder así establecer nó su terapéutica, que no encuadra dentro de los límites del tema, y sí su profilaxis, que es la finalidad que se persigue, de modo a por los medios preventorios, evitar primero, el crecido número de los estados nosológicos y últimamente el disminuir, los óbitos infantiles, a fin de que nuestro pueblo, pueda ser dotado de una raza vigorosa, cesando de ser un país que presta una alta contribución a la muerte, en la en parte evitable pérdida de vidas en su infancia.

FACTORES MORBIGENOS

En las obras de puericultura, aparecen como clásicas las estadísticas gráficas de Budin, padre de la puericultura, en las cuales se estudian las causas de origen patológico, que desde 1899 empezaron a verse como responsables de la mortalidad infantil en Francia.

Según esta estadística los factores nosológicos son:

Gastro enteritis	384.70
Afecciones vías respiratorias....	147.29
Debilidad Congénita	170.76
Tuberculosis	24.70
Enfermedades Contagiosas	49.61
Otras causas	222.92

(Gráfico 4—Véase apéndice)

Ilustramos gráficamente esta estadística con el gráfico que aparece en el Exhibit 4 y hacemos igual cosa con el gráfico del Profesor Balestre que marcamos Exhibit 7, en el cual se estudian las variantes que sufren los procesos gastro entéricos en los niños menores de 1 año, según los diferentes meses, a los efectos de comprobar como sube el tipo de mortalidad durante los meses del calor o verano.

Y hacemos también igual estudio con el citado Profesor Balestra, trascribiendo en el mismo Exhibit el gráfico que demuestra como oscila el tipo de mortalidad infantil por procesos de origen bronco-pulmonares, según los diferentes meses del año o mejor dicho, de acuerdo con las distintas estaciones.

(Gráfico 7—Véase apéndice.)

Y ahora concretándonos a nuestro país, consideraremos los factores patológicos, que con característica morbosa determinadora de personalidad nosológica, al estudiar la estadística demográfica del año 1927-1928 aparecen como los agentes responsables de nuestra mortalidad infantil.

DEPARTAMENTO INSULAR DE SANIDAD

INFORME DE MORTALIDAD INFANTIL

1927-1928

Enfermedades	Menores de 1 año	De 1 a 2 años	De 2 a 5 años
Tifoidea	4	3	15
Malaria	308	309	257
Sarampión	1	5	1
Escarlatina	0	0	0
Tos ferina	151	44	25
Difteria	20	33	34
Influenza	14	2	4
Cólera Nostra	0	1	0
Disentería	5	3	7
Tétanos Neonatorum	465	0	0
Tétanos	0	10	13
Tuberculosis vías respiratorias	27	27	35
Tuberculosis visceral	5	4	7
Sífilis	150	23	15
Septicemia — Pichemia	47	16	13
Otras infecciones	1	1	1
Raquitismo	36	36	32
Anemia — Clorosis	2	3	2
Otras enfermedades generales	20	4	8
Encefalitis	4	0	2
Meningitis	112	53	44
Enfermedades de la Médula	2	0	1
Hemorragia Cerebral	6	6	7
Epilepsia	4	0	4
Convulsiones infantiles	14	5	4
Enfermedades de los oídos	1	4	0
Otras enfermedades del Sistema Nervioso	3	1	1
Endocarditis	3	3	7
Otras enfermedades del corazón	8	4	9
Enfermedades del Sistema Linfático	5	0	0
Bronquitis Aguda	608	204	162
Bronco-pneumonía	641	289	240
Pneumonia	238	106	103
Pleuresía	3	2	1
Congestión, Hemorragia Pulmonar	6	4	12
Otras enfermedades vías respiratorias	7	0	2
Enfermedades de la Laringe	3	2	3
Enfermedades de la Boca	6	0	0
Enfermedades de la Faringe y Amígdalas	0	0	4
Diarrea y enteritis	2,731	1,391	1,065
Uncinariasis	4	9	31
Enfermedades—otros parásitos intestinales	11	37	35
Apendicitis y tiflitis	1	1	2

Enfermedades	Menores de 1 año	De 1 a 2 años	De 2 a 5 años
Obstrucción intestinal	36	5	3
Otras enfermedades intestinales	13	2	4
Enfermedades del Hígado	2	7	4
Otras enfermedades del Tubo Digestivo	7	1	2
Nefritis Aguda	136	172	287
Otras enfermedades del riñón	10	6	9
Enfermedades de la vejiga	1	0	0
Gangrena	3	4	5
Enfermedades de la piel y Anexos	4	6	3
Enfermedades de los Huesos	1	2	0
Deformidad Congénita	87	5	3
Ictero Esclerema, debilidad congénita	1,371	0	0
Otras enfermedades de la infancia	288	0	0
Falta de cuidado	18	0	0
Intoxicación alimenticia	4	2	0
Quemaduras	12	9	23
Ahogados	1	2	3
Inanición	13	0	4
Videncia externa	4	5	6
Otras causas mal definidas	32	231	176
Causas no especificadas o desconocidas	46	12	20
TOTAL	7,778	3,027	2,773

Tipo de Mortalidad: menores de 1 año 146 por mil.

Una simple ojeada al precedente cuadro nosológico nos demuestra que son las afecciones de las vías digestivas las que ocupan el primer lugar en la mortalidad infantil con la aterradora cifra de solamente por "diarrea y enteritis", 2,371 óbitos en los menores de 1 año, 1,391, de 1 a 2 años, y 1,065 de 2 a 5 años, o sea, 5,187 defunciones o 38.3% del total de la mortalidad infantil.

El examen de las afecciones de las vías respiratorias nos demuestra que entre éstas, solamente las bronquitis agudas. bronco-pneumonia y pneumonia ocasionaron 1,487 fallecimientos en menores de un año, mientras en la edad de 1 a 2 años alcanzó la cifra de 599 y la de 505 en la tierna época de la vida comprendida de 2 a 5 años, haciendo un total de 2,591 defunciones o sea 19% del número total a que asciende la mortalidad infantil.

Si seguimos analizando el cuadro nosográfico nos encontramos que el íctero, esclerema y la debilidad congénita aparecen con un total de 10 % de la mortalidad infantil. La infección por el parásito de Lavran en el obituario monta a 874 casos o sea 6.5% de la mortalidad infantil.

El número de fallecimientos a que responde el tétano infantil está representado por la cifra de 465 o sea 3.4% de la mortalidad mientras que la sífilis sólo figura con una cantidad de 188 defunciones o 1.4% del total del óbito infantil.

En cuanto a la tos ferina aparece respondiendo de 223 defunciones o sea 1.6% de la mortalidad, mientras que el raquitismo se le imputan sólo 134 fallecimientos o 0.9%. La cifra de los óbitos por tuberculosis es de 89 lo que le da un tipo de sólo 0.6% mientras que las defunciones por deformidad congénita es sensiblemente este tipo, pues sólo se reportan 95 que le marca un índice de 0.7%

La mortalidad producida por meningitis asciende a 209 casos lo que le dá un tipo de 1.5% en relación con la mortalidad infantil total; a igual que los 595 casos de nefritis aguda hacen a esta morbilidad aparecer con un tipo de 4.3%

Hemos hecho preparar un gráfico demostrativo de la mortalidad producida por cada uno de estos procesos morbosos, y este gráfico aparece marcado como Exhibit 8, pudiéndose ver en el mismo, que hemos desglosado los distintos factores nosológicos en 3 grupos, representativo cada grupo, 1ro. de la edad de 0 a 1 año, 2do. de la edad de 1 a 2 años, y 3ro. de la edad de 2 a 5 años, y en cada una de estas distintas edades, hemos trazado, el índice correspondiente.

(Gráfico 6—Véase apéndice.)

Se verá también en el estudio de este gráfico que hemos desglosado las afecciones de las vías respiratorias, según radiquen en los bronquios, pulmón, teniendo así las bronquitis, bronco-pneumonia y pneumonia, mientras que en el análisis que anteriormente hicimos de la mortalidad general para establecer el tipo de la mortalidad por afecciones de las vías respiratorias en relación con la mortalidad infantil general, englobamos en una sola cifra la mortalidad producida por las bronquitis, bronco-pneumonia y pneumonia.

Cuando se pasea la vista por este gráfico marcado con el Exhibit 8, nuestra mirada es atraída irresistiblemente a la enorme línea índice que señala las diarreas y enteritis en la edad de 0 a 1 año, montante a 2,731 defunciones, línea que descollando muy mucho por encima de todas las restantes, figura como el índice más alto dentro de los factores patológicos que intervienen en el grave problema de la mortalidad infantil.

Si estos distintos procesos morbosos los presentamos de acuerdo con el número de óbitos que ellos originan, tendremos que presentarlos del siguiente modo:

MORTALIDAD INFANTIL DE ACUERDO CON EL NUMERO DE OBITOS

Diarrea y enteritis	5,187
Bronquitis aguda, bronco-pneumonia, pneumonia	2,591
Ictero, esclerema, debilidad congenita	1,371
Malaria	874
Nefritis aguda	595
Tétanos Neonatorum	465
Tos ferina	223
Meningitis	209
Sífilis	188
Raquitismo	104
Deformidad Congénita	95
Tuberculosis de las vías respiratorias	89

Si tenemos in mente que la mortalidad infantil sube a la cifra de 13,578 nos será muy fácil establecer ahora la relación que existe entre cada una de estas enfermedades con la mortalidad infantil total, o en otros términos una simple operación de tanto por ciento que hemos hecho entre cada uno de estos procesos morbosos

en relación con la mortalidad infantil total nos determina el tipo correspondiente.

TIPO POR CIENTO EN RELACION CON LA MORTALIDAD INFANTIL TOTAL

Diarrea y enteritis	38.4%
Bronquitis aguda, bronco-pneumonia, pneumonia	19.0%
Ictero, esclerema, debilidad congénita	10.0%
Malaria	6.5%
Nefritis aguda	4.3%
Tétanos Neonatorum	3.4%
Tos ferina	1.6%
Meningitis	1.7%
Sífilis	1.6%
Raquitismo	0.7%
Deformidad Congénita . . .	0.7%
Tuberculosis de las vías respiratorias	0.6%
Enfermedades restantes . . .	11.5%
Total por ciento . . .	100.0%

Como representación objetiva de este tipo por ciento entre estas diversas enfermedades en relación con el número de óbitos por *mortalidad infantil* y no por *mortalidad general,* hemos hecho preparar los dos gráficos que hemos marcado Exhibit 6 y Exhibit 9, en los que por el sistema gráfico circular y el longitudinal fielmente representamos el tipo por ciento a cuadrar a 100% de los procesos morbosos de índole letal comprendidos en el obituario establecido por el Departamento Insular de Sanidad para el año 1927-1928.

(Gráficos 6 y 9—Véase apéndice)

Agrupados los factores etiológicos morbígenos de la mortalidad infantil, tal como se expresan en el anterior cuadro notamos que el tipo por ciento de las afecciones entéricas es superior a cualquier otro incluso al del grupo de enfermedades que hemos comprendido bajo la denominación "Enfermedades Restantes" y que alcanza a 11.5%, lo cual nos dice elocuentemente que el mayor cuidado profiláctico debe dirigirse al aparato digestivo, el cual en el niño casi siempre enferma por lactancia inapropiada o mal dirigida.

En relación con la cifra y tipo por ciento de óbitos por diarrea y enteritis, no objetamos nada, pues, este diagnóstico es tan elemental y sencillo, que no es posible errar el mismo; tampoco hacemos reparo alguno, al índice por ciento de las bronquitis, bronco-pneumonia, pneumonia; y en lo que respecta al número de casos de "ictero, esclerema y debilidad congénita" que aparece en el obituario, nos tememos que el diagnóstico en todos los casos no haya sido lo suficiente preciso, y que en este encasillado, se hayan incluído casos de "trastornos gastro entéricos", determinadores de emaciamiento general, como de "debilidad congénita," confundiendo lastimosamente la atrepsia de Parrot, por ejemplo, con un estado de miseria fisiológica, secuela de una alimentación o bien mal dirigida, o insuficiente, desde el punto de vista de lo que debe de ser su valor nutricio para establecer por medio del metabolismo, la sustitución de la célula muerta y el sostenimiento y desarrollo kariokinético de la célula viva.

El índice malárico por ciento y por número de casos en las tres etapas de la vida, que estudiamos, nos deja nuestro ánimo lleno de reservas y duda, debido a no haber sido comprobados bacteriológicamente, todos estos casos, y a la tendencia bastante generalizada en el campo, de

llamar malaria y certificar como tal, toda temperatura que se acompañe de frío y estadío de sudor.

También tenemos algún reparo que hacer a la cifra reportada por tétanos neonatorum, la que creemos es más alta, pues a pesar de la loable campaña que desde los centros de Social Welfare se viene haciendo, no sólo instruyendo sobre la manera de defenderse de las enfermedades, y no obstante el reparto de paquetes profilácticos, que se le entregan a las gestantes a término, unas veces la ignorancia de la parturiente, otras veces la falta de asepsia y el uso del antiquísimo procedimiento del aceite de palo para la cura del ombligo, de parte de la comadrona, que la mayor parte de las veces no es tal, sino una simple "recojedora de muchacho," o una "ignorante complicadora del parto", o una simple inconsciente infectadora del niño," fatalmente determina una mayor mortalidad por esta causa.

Lo que sucede es, que en muchos casos de tétanos infantil, a veces el médico certifica por los informes que le suministran, y de ahí que muchos óbitos que se reportan como convulsiones o como meningitis, si se hiciera un estudio más profundo, posiblemente pasarían a ser agrupados en el encasillado del tétano neonatorum.

En cuanto a la sífilis, aceptamos como muy baja la cifra reportada, pues seguramente un gran número de erupciones luéticas, han pasado inadvertidas, por carencia de un apropiado examen hemático; y buen número de afecciones del eje encéfalo medular que aparecen encuadradas en otros sitios del obituario, responde a ello el treponema pállida.

Estudiando la cifra del raquitismo, vemos que esta es de 104 casos, la cual nos parece demasiado alta, y haciendo una búsqueda retrospectiva hacia los años a que se refieren los informes del Departamento Insular en 1925 y 1927, nos encontramos, que el número de casos reportados es de 2,028 y 1,703 respectivamente; ahora bien, ¿Qué explicación tiene tan excesivas cifras? ¿cómo explicar después, el enorme descenso? A nuestro humilde entender, por la razón de que tales datos no son ciertos, debido a que en ellos se han englobado como distrofia raquítica, no sólo los que caracterizan su cuadro clínico, sino casos de atrepsia, de afectos de marasmo, de niños hipotróficos, por el motivo de que al certificar el médico el acta de defunción, en gran número de estos casos, acaecidos en el campo, lo ha hecho por la información profana que se le ha suministrado, pues no ha tenido la oportunidad de asistir en lejano barrio o ver el pequeño paciente, que por haber llevado una fugaz vida con un organismo enteco, anátomo-fisiológicamente considerado en ruina, erróneamente se ha denominado su estado como raquitismo, para expresar así la pobreza orgánica de su vida, confundiendo de este modo la distrofia raquítica, incluyéndole en su cuenta y bajo su nomenclatura, un crecidísimo número de óbitos, de los cuales es tan responsable, como lo es la modesta y oculta violeta de la perfumada pradera, del oscurecimiento ligero y fugaz que sufre la luz solar, al atravesar el espacio un denso y oscuro nubarrón.

La cifra baja con que aparece la tuberculosis encuentra explicación médica en el conocimiento que tenemos de que dicha enfermedad no se trasmite por herencia, como sucede con la sífilis entre otras afecciones, sino por contagio adquirido bien sea en el viaje fetal através del conducto útero-vaginal al nacimiento, o a la convivencia del recién nacido en un medio

infectado por el agente microbiano de Koch.

Las meningitis aparecen sin clasificación etiológica, por lo cual es nuestra creencia que en su mayoría se deben a complicaciones de origen gastro intestinal y si recordamos que las enteritis y diarrea ocupan el primer puesto en la nosografía infantil del año que enjniciamos en el acto tenemos que concluir, con que es más lógico el aserto que hacemos en relación con la cifra a que mnotan la afecciones meníngeas.

Igual que con las meningitis nos sucede con las nefritis que las consideramos más bien como una secuela de algún proceso infeccioso que una entidad morbosa primaria y con personalidad única en la responsabilidad del óbito infantil.

En relación a la deformidad congénita establecemos también nuestro reparo. pues, hemos tenido oportunidad de ver en nuestra práctica obstétrica y pediatra buen número de deformidades catalogadas como congénitas y que no son tales, sino que han sido adquiridas al momento del nacimiento bien por una manipulación imprudente e ignorante hecha para la realización del parto o bien por una aplicación de forceps efectuada como en los remotos tiempos de Levret.

En cuanto a la cifra de tos ferina. nos tememos que en ella se hayan englobado buen número de toses quintosas, toses coqueluchoideas y toses nerviosas, a juzgar por el hecho de que no siempre el médico ve el paciente, sino en muchos casos se le pide la receta para tos ferina, como tal le trata y si fallece, como tal cosa también extiende el acta de defunción.

FACTORES SOCIOLOGICOS

Una vez estudiados los *factores morbígenos* que actúan como agentes etiológicos en la mortalidad infantil, estudiaremos ahora los *factores sociológicos* que también responden en el obituario infantil, unas veces como causales directos, y otras como agentes coadyuvantes en los estados patológicos y otras como causas predisponentes de la morbilidad infantil concurriendo de estos distintos modos a figurar con una responsabilidad o bien inmediata cuando actúan como causales directos, o mediata, cuando lo hacen indirectamente, cooperando en la integridad del número de óbitos infantiles.

El cuadro clínico del mal sociológico está formado por un síndrome que se nos antoja formar con una tríada de síntomas sociales que son: 1ro.—el panperismo; 2do.—la ignorancia y 3ro.—mala condición del trabajo, unido a una serie de síntomas tales como el hacinamiento. casamiento precoz, aborto, práctica neomalthusiana, adulteración de la leche. impurezas en el agua, prostitución, juego, niños ilegítimos abandonados por los padres, cuidados pre-natales, obstericos y post natales y falta de legislación protectora de las gestantes.

Y como factores mixtos, es decir, biosociológicos consideramos a la sífilis y alcoholismo que en unión a los anteriores determinan a nuestro juicio, los más importantes síntomas que en la nosografía social le dan personalidad y característica al mal social que bajo el título *factores sociológicos* describimos como parte causal del complejo etiológico determinador de la mortalidad infantil en todos los pueblos, bajo todas las banderas demarcadoras de fronteras territoriales o en todas las razas o civilizaciones.

Analicemos los distintos factores sociológicos y comencemos por lo que llamaremos la triada herodiana de la niñez

en recuerdo doloroso, de aquél fatídico monarca, que según la Historia Sagrada, en su avidez de matar a su nacimiento al niño Jesús, como hiena sedienta de sangre, ordenó la matanza de los niños de Belén y su cercanía, escribiendo la página sombría del martirologio que se conmemora el 28 de diciembre de todos los años, como la "Degollación de los Santos Inocentes".

Triada Herodiana:

1o. Pauperismo
2o. Ignorancia
3o. Mala Condición del Trabajo.

PAUPERISMO.—No habría hipérbole alguna si dijéramos que la *miseria* es la mayor responsable del alto óbito infantil: en efecto, ¿puede haber vivienda confortable cuando hay penuria económica? ¿Puede haberla siquiera higiénica cuando se vive por falta de recursos monetarios hacinando en un tugurio donde ni aún se disfruta de la luz solar de que disponía el filósofo griego Diógenes, quien vivía feliz en su tonel y arrogantemente le decía al Rey, en contestación al requerimiento que éste le hacía de que demandara de él lo que quisiera: "lo que quiero es ne te quites de la luz?"

Acaso es posible atender a la sanidad corporal habitando esos antros de enfermedades en ne conviven centenares de familias de todas clases de costumbres, de todos géneros de vicios, en promiscuidad anhigiénica en ranchones como los que en la barriada de Puerta de Tierra responden a los motes de "El Coamo", o "El Brazos"?

No habrá querido la intuición popular al designar estos ranchones con los nombres de barcos de los que hacen la travesía entre Puerto Rico y New York, simbolizar ello el que dichas viviendas son navíos conductores a la ribera de la muerte, recordando que según la leyenda es Caronte, quien en una barca, previo el pago de una moneda, que se ponía en la caja del cdáver, se encargaba, dentro de la filosofía de la metempsícosis, del trasporte del alma transmigrada por la cesación de la vida?

Pero es que el pauperismo no sólo se hace sentir por el hacinamiento en las viviendas, sino donde más posa su pata de pesado paquidermo, es en la mala alimentación a que condena a sus víctimas, quienes por falta de numerario suficiente, no pueden adquirir los principios nutricios que demanda el balance metabólico celular, resultando como consecuencia, una insuficiente alimentación inapropiada para mantener el equilibrio orgánico en su demanda para el desarrollo celular y para la reparación de los tejidos desgastados, resultando como corolario obligado de ésto, una menor resistencia orgánica en el medio social, predisponente a toda clase de proceso morboso y un estado de miseria fisiológica ulterior, con su secuela obligada de engendros adinámicos o atrépsicos, impreparados para la lucha por la vida y condenados desde su engendro a morir en los primeros años de la vida, o a ser factores de degeneración de la especie.

Claro está que la falta de medios económicos condenará a la pobre madre o al infeliz padre a no dar a su infante la alimentación adecuada y de aquí los trastornos gastro entéricos con esa enorme y aterradora cifra que se registra en la motalidad infantil y con esa columna tan alta que aparece en el gráfico que representa el Exhibit 8 y que como una moderna Torre de Babel se levanta como para llegar hasta el cielo, mientras los

manes de 13,578 infantes anualmente vuelan, como albas o inocentes palomas a formar número del coro de ángeles que salmodian y cantan la gloria de Dios.

La miseria determina, además, el carecimiento de lo necesario para vestir ya no de acuerdo con boato o lujo, sino en armonía con las necesidades de las diversas estaciones del año y de ahí también el que actúe como factor predisponente en las afecciones de las vías respiratorias, que tan alto tributo pagan al obituario infantil.

La falta de recursos económicos priva además, al que lo sufre, de proporcionar al niño enfermo la inmediata y apropiada asistencia médica y las medicinas adecuadas, a pesar del loable esfuerzo que hace en todos los países la beneficencia pública.

Sería prolijo y prolongaría demasiado la extensión de este trabajo el seguir enumerando todos los factores predisponentes de afecciones patológicas y que se originan en la miseria, por lo cual nos basta con los señalados para colocar el *pauperismo* a la cabeza de los factores sociales que intervienen en la mortalidad infantil.

IGNORANCIA.—Contra este enemigo de la infancia hay que librar una cruzada, de modo a instruir las madres en los cuidados que deben tener para dotarse de una buena constitución orgánica, apropiada para ser un terreno adecuado a producir un fruto de fecundación de buena tara vital y no un ente enfermo desde el claustro materno y estigmatizado al nacer con el sello de la muerte, o condenado a morir en el primer año de la vida, desde el instante lúbrico, en que amorosamente la conjunción sexual del óvulo y espermatozoides, encendieron la luz de un nuevo sér, cuyo brillo y vibración vendría a ser tan fugaz como la detonación del estallido del beso que a escondidas lograran darse dos enamorados, impulsados por la voluptuosidad y el amor.

Pero donde más se hace necesario intensificar una campaña educativa materna, y de ahí la necesidad de la "Escuela de Maternología" y la ampliación de los "Centros de Puericultura", es en relación con la crianza del niño, especialmente en su alimentación, ya que como hemos visto son las afecciones de las vías digestivas las que llevan la voz cantante en la mortalidad infantil.

Nunca será demasiado, el instruir a las madres acerca de los cuidados higiénicos que requiere la crianza del niño; así como también, si recordamos el apotegma que en puericultura ha pronunciado el sabio profesor Pinard: "La lait de la mére appartient a l'enfant," mandatoriamente, oiremos a nuestra conciencia exigirnos el entablar una lucha contra la generalizada y arraigada práctica de la lactancia artificial, que de sabido es olvidado, nunca es ni puede ser de igual equivalente nutricio para el niño, que la lactancia natural o leche materna.

No se nos oculta lo grave de esta cuestión, hoy que nuestra mujer le disputa al hombre las actividades de la vida, alternando con él en las oficinas, compitiendo frente a él en los negocios, y hasta presentándose a luchar en la candente sirte de la política, a donde el sufragismo quiere llevarlas haciéndola descender a este terreno de pasiones, del alto trono donde como soberana, aureolada por la corona de la maternidad, rige la vida del niño y gobierna el hogar, que es el sitio, donde comienza la patria.

MALAS CONDICIONES DEL TRABAJO.—Al considerar este factor debemos pensar, que cuando se labora en ex-

ceso, es decir, cuando el período de tiempo es prolongado o cuando el esfuerzo es agotador se cae en el estado tan bien descrito por la Escuela Francesa como "sourmenage", el cual lleva al organismo a una condición de adinamia y extenuación con una baja de su coeficiente de resistencia que no lo hace estar en el mejor estado para la procreación de una prole rebosante en salud y vida.

Si unido a esto tenemos malas condiciones higiénicas de los talleres o centros industriales donde el obrero labora diariamente, nos explicamos fácilmente el alto índice de morbilidad que arrojan nuestros hombres de trabajo manual.

Y que las condiciones de los talleres no son saludables lo demuestra la cita que a continuación trascribimos tomada del Duodécimo Informe del Negociado del Trabajo, de fecha marzo 21 de 1928, en su página 9:

> "De los 192 establecimientos dedicados a la industria de bordados y calados, que fueron visitados bajo la denominación de agencias, sub-agencias y talleres, **solo 10 edificios pueden llamarse higiénicos** propiamente a tono con la civilización que mantenemos en progreso y el crédito alcanzado por la industria."

Y esto que transcribimos de los talleres de bordados en los que sólo trabajan mujeres, es aplicable en general a los restantes talleres, especialmente a los que se dedican a la elaboración del tabaco.

Debemos consignar además, que unido a la mala condición higiénica de los talleres concurre también el factor *salario bajo*, el que no le permite al obrero tener lo necesario para el sostenimiento suyo y de la familia, lo que a su vez es óbice a la madre que lacta para nutrir al fruto de sus amores, con una secreción láctea apropiada a su buen desarollo.

Y que la inmensa mayoría de nuestros obreros disfrutan salarios bajos, no cabe duda alguna, sobre todo cuando leemos en el antes mencionado Informe del Negociado del Trabajo lo siguiente:

> Pg. 9: "Prácticamente cada obrero hombre, mujer o niño, fué objeto de investigación profunda y de sus palabras se hizo el necesario resumen que en esencia presenta 144 obreras, en el conjunto que son cabezas de familia, ganando un salario que fluctúa entre **$2 y $12 semanales**, correspondiendo el mayor número al que percibe **$4 a la semana**, con el cual **alimentan a 257 personas** que de ellas dependían, de los cuales 158 eran niños obligados a asistir a la escuela."
>
> Pg. 11: "Los informes obtenidos de los propios obreros en los sectores rurales, entre ellas muchas niñas de 8 a 12 años de edad, que trabajan en esos hogares convertidos en talleres, **sin aire ni luz suficiente, destilan amargura e inspiran compasión.**
>
> El salario más corriente o sea el que prevaleció durante el pasado año, para un grupo de 553 obreras a quienes se interrogó extensamente fué de $1 por semana de **60 a 72 horas de trabajo**, excluyendo medio día en cada semana, invertido sin remuneración en viajes de ida y vuelta a la agencia donde se distribuye el material para manufactura y se recibe y paga la labor después de re-visada, si se considera aceptable."
>
> Pg. 12: "Las listas de pago semanales que fueron inspeccionadas, muestran salarios de **50 centavos a 1 dólar diario para las obreras del taller**, é ingresos desde 1 dólar hasta $2.70 semanales para las que laboran a domicilio."

Y a qué seguir haciendo citas en este sentido? Pues, tendríamos que llenar muchas páginas y a los efectos de la demostración de nuestro aserto en relación

con este tópico social nos bastan las preinsertas transcripciones.

En cuanto al desempleo cuyo número asciende a 400.000, según unos y a menos de la mitad, según el Negociado del Trabajo, en su mencionado informe, Pg. 47, es obvio que este mal solo presenta la patológica perspectiva de que nos ocupamos cuando estudiamos el *pauperismo*.

Y en prueba de la gravedad que entraña este factor morboso social oigamos como habla el Negociado del Trabajo en el supra-mencionado informe y en la página 30 del mismo:

> "Continúa ocupando el primer lugar entre los problemas sociales qse parecen insolubles, en este país, nuestra excesiva población obrera, sin trabajo. En cincuenta municipios visitados, excluyendo la zona rural, y sin ahondar en las investigaciones para determinar el exacto total de personas sin ocupación, se corroboró con personales entrevistas, **la existencia de 28,523 personas ahítas de energías y con capacidad y experiencia en varios oficios y en artes mecánicas, que no encontraron, durante el año, ocupaciones lucrativas.** El número de jornaleros físicamente hábiles para auxiliar a los artesanos que probó hallarse en permanente ociosidad involuntaria, excede de tal cifra. Estos datos se estiman duplicados ahora, por la terminación de la zafra en las regiones azucareras y la paralización de la manufactura en el tabaco, cuando todavía no ha comenzado la cosecha de café ni están en plena actividad las industrias exportadoras de frutas. Para mostrar la magnitud del mal y reflexionar sobre las lógicas consecuencias que el futuro ha de continuar si no es hallado el remedio, bastará consignar: que en una sola población en la cual residen cuarenta mil almas o menos, en el Sur de la Isla, hízose público la necesidad de **en una nueva industria, e hicieron pronta aparición mil quinientas (1,500) protestando necesidad de obtener empleo lucrativo;** y que en las obras de construcción de un camino vecinal, donde se requería un contingente de cien hombres aptos para el manejo de implementos agrícolas, acudieron en tropel más de trescientos desocupados. Y esa información reiterada de los inspectores del trabajo, que en los muelles de la isla, y especialmente, **en San Juan, es incontable el exceso de obreros que en vano procuran ejercitar sus energías físicas en las duras labores de carga y descarga de buques."**

Trabajo de Mujeres.—Aún sin considerar las malas condiciones en que trabaja nuestra mujer en los talleres, no teniendo tampoco en cuenta la explotación a que se le somete, a juzgar por el antemencionado informe del Negociado del Trabajo, la labor en la mujer es de por sí un factor trastornador de la buena organización del hogar y atentador a la vida de la prole, pues el trabajo de la oficina o del taller, le roba el tiempo que como madre la ley natural le demanda dedique y consagre a la crianza y educación de su hijo.

¡Cuántos niños se pierden por falta de los cuidados maternos, especialmente por no ser lactados por la madre! Si se pudiera hacer una estadística de esto, seguramente que nos alarmaríamos al considerar el gran número de madres que a trueque de las vidas de sus hijos, unas veces por necesidad y otras por acumular economía sumando su cheque al del esposo, trabajan en el taller como obreras manuales o en las oficinas como empleadas.

En efecto, según los informes del Negociado del Trabajo el año 1926-27 había las siguientes mujeres dedicadas al trabajo manual:

Fábricas de Cigarros	2,072
Despalillados de Tabaco.....	14,833
Plantaciones de Café.....	3,649
Plantaciones de Tabaco.....	2,071

Industrias en general	7,608
Empaque de frutas	509
Cultivo de frutas.....	15
	30,894

Y según el duodécimo informe del citado Negociado del Trabajo, correspondiente al año 1927-28, en su página 56, aparece que este número se ha elevado a la cifra de 50,000.

Se hace necesario que nos fijemos en que dentro de este número no se hayan comprendidas las mujeres que trabajan en las oficinas del gobierno, oficinas particulares, comercio y otras actividades de la vida de relación, así como tampoco las que trabajan a domicilio y que el antemencionado Informe del Negociado del Trabajo hace ascender a cifra superior a 40,000.

Así leemos en la Pg. 40 de dicho Informe:

> "La explotación de que son víctimas más de 40,000 mujeres trabajando en sus hogares, vestidos, pañuelos, toallas, camisas, etc. etc., por el irrisorio jornal de 25 centavos por día de 10 y 12 horas de labor y un promedio de 50 centavos en los talleres, requiere atención preferente de nuestros legisladores."

Hasta aquí el trabajo en la mujer normal, ahora si consideramos este mismo trabajo en ella cuando su estado es patológico, o bien dentro del estado fisiológico, pero determinador de alteraciones orgánicas, del embarazo, nuestro asombro tendrá que ser grande al pensar que un pueblo como el nuestro, tan pobre en legislación protectora al trabajo en la mujer y carente en absoluto de toda legislación protectora de las embarazadas, no alcance una más alta cifra de mortalidad infantil.

Oportunamente probaremos que si alguna responsabilidad moral hay en esto para los que hemos ocupado las curules legislativas de nuestro país, esa no nos alcanza a nosotros que fuimos autores de un proyecto de ley en 1915 para proteger a las gestantes en las factorías de tabacos y cuyo proyecto fracasó con mis empeños de convertirlo en una de las leyes de nuestro Estatuto.

Una vez estudiada la llamada triada herodiana: *pauperismo, ignorancia y mala condición del trabajo,* consideremos los otros factores sociales, que hemos apuntado como interventores en el obituario infantil.

HACINAMIENTO.—Ya nos ocupamos este factor al estudiar el pauperismo, bastándonos adicionar que es uno de los medios de contagio y propagación de las enfermedades contagiosas y trasmisibles debido a la promiscuidad de la convivencia.

IMPUREZA DEL AGUA.—Sabido que el agua es medio trasmisor de algunos gérmenes patógenos, como los bacilos Colli, Eberth, etc., ella constituye también uno de los elementos que debemos cuidar se ingiera en estado de pureza, para evitar de esta manera, que actúe como un elemento letal en el obituario infantil.

Las plantas de filtración en lo acueductos y además, el sistema de filtro en las casas combate este peligro, pero, nuestra clase campesina, que aún se surte del agua del río, de la quebrada, manantial o del aljibe o la pipa, y que carece del filtro, en caso de contaminación de las aguas, como actualmente acaece con la epidemia disentérica de San Lorenzo, paga con sus niños un altísimo tributo a la mortalidad infantil.

PROSTITUCION.—Este mal social con toda su lacería moral y física pertur-

ba la buena organización de la familia, roba parte del salario que debía invertirse en el hogar, lanza por la pendiente de la degradación, del vicio de la bebida y contagia con el viejo mal gálico u otras afecciones venéreas que infectarán luego a la mártir esposa y llevarán la muerte al fruto de la concepción en el mismo claustro materno o al comienzo de la vida del infante.

ILEGITIMIDAD ABANDONADA.—La miseria en más de una ocasión determina el que la mujer entregue su cuerpo a quien no posee su alma, resultando de tal ayuntamiento natural, la reproducción biológica en un nuevo sér, quien si unido al repudio social, tiene el abandono del padre, esto dará lugar a que la infeliz madre se vea precisada a acudir al taller o factoría, abandonando su hijo, para obtener por este medio, leche para el infante y pan para ella, todo con el bajo salario que obtiene y que no siendo suficiente, es causa de afecciones hipotróficas o de enfermedades digestivas en el niño.

CASAMIENTO PRECOZ.—En éste, la falta de completo vigor físico que determina un desarrollo incompleto, predispone etiológicamente a una prole de tara vital baja que sucumbe al menor embate patológico o bien es causa de aumento en el número de abortos en la tabla demográfica.

PRACTICA MALTHUSIANA.—El economista inglés, Malthus, estableció su teoría de la "limitación de los hijos" fundándose en que el aumento de los seres humanos era en proporción geométrica mientras el de los medios de vida lo era en proporción aritmética, sacando por tanto la conclusión, de que llegaría un día en que faltaría la subsistencia al hombre sobre la faz terrestre, razón por la cual era un medio salvador la limitación de la prole.

Dentro de esta teoría se acuden a desviaciones en pugna con los actos sexuales naturales, lo que repercute sobre el estado higiológico de los procreadores, quienes ulteriormente al reproducirse lo hacen en un engendro en condiciones de menor resistencia orgánica, terreno abonado para la enfermedad y la muerte.

ADULTERACION DE LECHE.—Siendo el jugo lácteo el único alimento del niño en sus primeros meses de vida, se comprende fácilmente como se le envenena con la leche adulterada y como ésta, determinando trastornos de las vías digestivas, es responsable en altísimo grado de tan alto tipo en el obituario infantil.

Véase en el siguiente cuadro la campaña seguida por el Departamento de Sanidad contra la adulteración de la leche.

DEPARTAMENTO INSULAR DE SANIDAD

CAMPAÑA CONTRA LA ADULTERACION DE LA LECHE

1901 A 1927-28.

1901-02	25.00%
1902-03	20.70 "
1903-04	23.80 "
1904-05	25.80 "
1905-06	28.70 "
1906-07	37.00 "
1907-08	25.00 "
1908-09	23.40 "
1909-10	21.30 "
1910-11	50.50 "
1911-12	26.60 "
1912-13	20.60 "
1913-14	11.90 "
1914-15	21.20 "
1915-16	19.90 "
1916-17	21.60 "
1917-18	22.50 "
1918-19	26.30 "

1919-20	26.68 "
1920-21	24.12 "
1921-22	19.40 "
1922-23	20.95 "
1923-24	14.22 "
1924-25	11.31 "
1925-26	10.50 "
1926-27	8.00 "
1927-28	5.57 "

CUIDADOS PRE-NATALES.—El incumplimiento de la pauta trazada por la eugénesis al dictar los cuidados que deben ser tomados por la madre durante el embarazo, da lugar a un gran número de abortos, unas veces, a partos prematuros otras. Origina también un gran número de nati muertos, así como determina en un alto por ciento de los casos, el que los recien nacidos crezcan en tal estado de pobreza orgánica, que difícilmente sus existencias se hagan compatibles con el medio ambiente, en el cual sucumben al menor ataque de cualquiera de los múltiples procesos morbosos que cooperan a la formación del obituario infantil.

CUIDADOS OBSTETRICOS. — Las manipulaciones imprudentemente efectuadas durante el trabajo del parto son responsables en alto grado de un gran número de lesiones que se engloban entre, las deformidades congénitas, o bien, en muchas ocasiones, originan la muerte del feto, que se reporta entonces como natimuerto. De otro lado, la no atención aséptica del cordón umbilical, es causa de infecciones que generalmente culminan en la muerte del niño. Y en cuanto a la vista, la falta de los cuidados profilácticos que deben de tomarse, con los ojos del recién nacido, es causa de un gran número de oftalmías de pronóstico más o menos severo, de acuerdo con la intensidad del proceso infeccioso.

CUIDADOS POST NATALES.—El radio que alcanzan estos es amplísimo, al extremo que dichos cuidados abarcan todo el extenso campo de la puericultura extra-uterina, o sea empiezan en el supremo instante en que el círculo vulvar se dilata y agranda para dar paso a la presentación fetal, pasa por la etapa del desprendimiento completo, de la ruptura del cordón umbilical, hasta incluir toda clase de cuidados, desde la primera curación profiláctica ocular y umbilical en el primer instante de la vida, hasta la completa crianza del niño en armonía con los postulados imperativos de la higiene de la infancia.

LEGISLACION PROTECTORA DE LAS GESTANTES.—Siendo tan crecido el número de mujeres que se dedican al trabajo en talleres y factorías, la carencia de una ley que las proteja durante la gestación, actúa como causa coadyuvante al desarrollo hipotrófico del niño y por tanto como elemento predisponente al aumento de la morbilidad infantil en sus distintas denominaciones en el obituario de la niñez.

FACTORES MIXTOS

Solamente señalaremos como factores mixtos, es decir, que participan del carácter biológicos y sociológicos a la vez, dado su gran importancia, a la sífilis y alcoholismo; la primera llevando su acervo patológico como herencia desgraciada al inocente fruto de la concepción y a veces hasta en saltos atávicos y haciéndolo llevar después una vida enfermiza; y al segundo injuriando y necrosando los tejidos; y ambos, degenerando la especie, aumentando los estados nosológicos y finalmente siendo muchas veces responsables en parte del aumento del tipo de mortalidad infantil.

MEDIOS DE PREVENCION

La profilaxis de las enfermedades de la infancia con todo el vasto campo que ella comprende queda incluída toda en los dominios de la moderna ciencia llamada *Puericultura.*

Decimos que es una ciencia moderna la puericultura, porque si bien es cierto ya para el año 1866 el práctico de París, A. Caron, escribe un libro con este título, no es hasta 1895 que la gran autoridad del Profesor Pinard logra dotarla de la importancia con que hoy se le reputa y estudia, al definirla como "la ciencia que tiene por fin la investigación de los conocimientos relativos a la reproducción y conservación de la especie humana."

Por esta definición del sabio Pinard vemos que la puericultura, comienza a velar por la especie, desde el mismo instante de la concepción procurando después según una feliz, expresión del propio Profesor Pinard el "optimum fisiológico" para el individuo o el disfrute del "estado eufórico" que diríamos nosotros, o séase el disfrute de sensaciones agradables dentro de un buen funcionamiento orgánico.

Para poder hacer un estudio, de prevención metódica, vamos a dividir la puericultura en tres partes:

1o.—Puericultura pre-concepción.
2o.—Puericultura intra-uterina.
3o.—Puericultura extra-uterina.

Y a su vez vamos a subdivir la puericultura intrauterina y extra uterina del modo siguiente: puericultura intra uterina comprende: embarazo y parto y la extra uterina que comprende la higiene de la 1ra. infancia, la lactancia y protección del recién nacido.

Luego la división que nosotros hacemos, variando en algo la de los autores, para la mejor posición de los medios de prevención de la mortalidad infantil es como sigue:

Puericultura:
Pre-concepción (eugénesis)
Intra uterina:
embarazo
partos
Extra uterina:
higiene 1ra. infancia
lactancia
protección recién nacido
e infancia

MEDIOS PREVENTIVOS
PRE-CONCEPCION

Estos se rijen por los dictados de la eugénesis, la cual estudia las condiciones de los progenitores y les traza las reglas higiológicas de modo que el fruto de la concepción no sea de una tara vital baja. Prescribe además las condiciones de higiene de la madre de manera que el feto no sufra la repercusión de las transgresiones que de ésta haga la madre, enfermando ella y si no comunicando directamente su estado patológico al feto, haciéndole sentir los efectos de su estado morboso en un desarrollo menor al normal o sea en el engendro de un ser hipotrófico.

Son medios preventivos los siguientes: 1ro.—evitar la sífilis y alcoholismo en los progenitores; 2do.—por medio de una buena profilaxis sanitaria evitar enfermedad infecciosa materna; 3ro.—resolución del grave problema del pauperismo por medio del trabajo adecuado y remunerado apropiadamente; 4o.— cumplimiento de las disposiciones sanitarias en

lo que respecta a vivienda higiénica; 5o.— asistencia de la embarada a la Clínica de Maternidad o Clínica Pre-Natal; 6o.—Leyes protectoras de las embarazadas; 7o.—Cantina maternales; 8o.—Mutualidad materna.

Así sintetizada la prevención en el período pre-concepción vemos que con dichas medidas profilácticas quedan abarcados todos los factores morbígenos maternos y fetales tanto los patológicos como los sociológicos.

Dentro de los medios preventorios señalados hay dos que merecen un estudio más detenido, dado su gran importancia y son, la asistencia a la maternidad o Clínica pré-natal durante el embarazo y las leyes de las embarazadas.

ASISTENCIA A LA MATERNIDAD O CLINICA PRE-NATAL

Durante el embarazo la gestante debe asistir a la clínica obstétrica a ser vista y examinada periódicamente por el tocólogo y recibir de éste los consejos eugenésicos a los fines de lograr un parto a término feliz y un fruto de la concepción sano y saludable.

En la Clínica de Maternidad, existe la Clínica pre-natal, que vigila la mujer desde la fecundación hasta el parto, y en ella se examina la paciente desde el punto de vista médico en general, se le trata y se le dictan las reglas que la higiene prescribe en el embarazo, se analiza su orina como profiláxis eclámptica: se toma la presión sanguínea; se examina la sangre como preventico contra la avaricosis fetal, se le hace su pelvimetría de manera de ver si hay algún factor distócico de carácter óseo pelviano, se le examina ginecológicamente de manera de ver si existe distocia de las partes blandas, algún fibroma por ejemplo, se vigila sobre presencia de alguna hemorragia que pudiera ser indicadora de alguna placenta previa; se corrijen las presentaciones fetales viciosas y por último se le traza el plan alimenticio adecuado.

En relación con esta indicación surge el conflicto cuando la mujer no dispone de los medios suficientes económicos, lo que en países como Francia, España y Alemania entre otros en Europa, han evitado por medio de la creación de las *Cantinas para embarazadas,* institución ésta, que unas veces gratuitamente y otras veces, para no herir los sentimientos de la madre necesitada, le atiende en su alimentación por una insignificante cantidad.

En cuanto a todas las demás medidas eugenésicas preventivas *nosotros no sólo las señalamos sino que las hemos llevado a la práctica durante dos años que dirigimos el Hospital de Maternidad de San Juan según demostramos con la hoja que marcamos Exhibit* 10 *en el presente trabajo.* (1)

Dicho Exhibit 10 demuestra que diariamente nosotros llevábamos un récord de las toxenias gravídicas, pelvimetría y *eugénesis* y puericultura a la madre, habiendo dividido los consejos en pre-natales o eugenésicos y post natales o de puericultura.

Se verá también que esta misma estadística la llevábamos diariamente en la consulta de niños pudiéndose ver que la misma comprendía las afecciones de las vías digestivas, vías respiratorias, sistemas circulatorio, genito-urinario y nervioso, afecciones cutáneas y enfermedades generales.

Como no sólo queremos hacer este trabajo descansando en una base teórica, recordaremos que nuestra experiencia en

(1) Este Exhibit al igual que el No. 11 y 12 se omitió para no hacer demasiado extenso este trabajo.

esta materia que fuimos a estudiar a Europa, comprende solamente en el Hospital de Maternidad mientras lo dirigimos más de 3,000 casos, entre consultas eugenésicas, de puericultura, partos y operaciones obtétricas.

Así en demostración a esto vamos a transcribir del trabajo que acerca de la Historia, Organización y Estadísticas del Hospital de Maternidad y Niños de San Juan de Puerto Rico, que siendo nosotros su médico director y cirujano tocólogo, leímos en la sesión científica de la Asamblea Anual de la Asociación Médica, correspondiente al año 1923 y que aparece publicado en el Boletín de dicha Asociación en la edición del mes de septiembre de 1924, lo siguiente:

Páginas 9 y 10—Una vez conocida la organización del hospital pasamos ahora a presentar la estadística de trabajos realizados en 14 meses que llevo al frente del mismo, de modo que se pueda apreciar el fuerte incremento de los trabajos en él realizados.

Año 1922	Partos Normales	Partos Distólicos	Total
Octubre ...	31	4	35
Noviembre.	41	5	46
Diciembre .	52	8	60
Año 1923			
Enero	38	13	51
Febrero ...	34	8	42
Marzo	52	11	63
Abril	42	5	47
Mayo	55	5	60
Junio	50	10	60
Julio	48	6	54
Agosto	45	5	50
Sepbre.	51	4	55
Octubre ...	50	3	53
Nobre.	60	1	61
	649	88	737

De estos 88 casos distócicos hubo 7 cesáreas, 3 partos provocados con el metreurinter y seguido de versión podálica en dos casos y extracción por forceps en uno; 4 versiones podálicas; tres basiotripsias y 71 aplicaciones de forceps.

En estos 737 partos hubo una mortalidad fetal ascendente a 32 o sea menos del 4½%, siendo la avariosis la principal de las causas entre los natimuertos.

Además de estos partos, hubo en este tiempo 12 extracciones de placenta, 13 casos de fiebre puerperal (11 de ingresados como tales), 4 casos de hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta y 59 abortos, lo cual sumado todo al número de partos dá un total de pacientes tratados ascendentes a 821 con una mortalidad de 3 o sea mucho menos del 1%: 0.37%.

Si ahora establecemos un paralelo entre toda la labor obstétrica realizada en los 13 años y la efectuada en los 14 meses a que se refiere nuestra estadística se verá que el promedio de casos tratados en tan corto tiempo es de más de la mitad de los asistidos en el largo término de 13 años tanto en los casos normales como en los distócicos.

Fáltanos también agregar alrededor de 150 altas provisionales que fueron dadas después de dos o tres días de observación y tratamiento de complicaciones gravídicas....

DISPENSARIO.—Las consultas están organizadas sobre la base siguiente: los miércoles, reconocimiento obstétrico; viernes: pelvimetría, análisis de secreciones útero-vaginales y **consejo de puericultura**; lunes, examen de los aparatos cardio-vascular, respiratorio, y rinario con examen de orina en relación con la patología gravídica, y consejos de **eugénesis. El número de casos examinados asciende a más de 1200** y de los cuales se lleva un record especial en una tarjeta adhoc que se conserva en los archivos del hospital.

Luego si sumamos a los 737 casos de partos normales y distósicos, los 150 casos de alta provisionales y los 1200 de dispensario tendremos un total de 2,087 casos en 14 meses, por lo cual se vé que nos quedamos cortos al decir que nuestra **estadística personal era superior a 3,000 casos en los que hemos dirijido no teórica sino prácticamente los cuidados preventivos preconcepción o eugenésicos.**

Es deber nuestro hacer constar que si bien es cierto que fuimos nosotros los organizadores de esta clínica a nuestro regreso de Europa el año 1922, no deja de ser cierto que el actual Comisionado de Sanidad, doctor Ortíz, dándose exacta cuenta de la magna importancia de este problema y habiendo atendido al grito de dolor que a nombre de las madres nosotros dabamos al contemplar la alta cifra de mortalidad infantil, cuando brindábamos en el banquete dado en su honor al ser elevado al cargo de Comisionado Insular de Sanidad, le ha consignado tal importancia a los cuidados pre-natales dentro del Negociado de "Social Welfare" en que funcionan, que apesar de lo reducido de la asignación para tal servicio, ha logrado, colocar nuestros "Centers of Infant Welfare" a altura tal, que nosotros que hemos visitado estos centros en Europa declaramos que podemos sentirnos satisfechos del funcionamiento de los nuestros, y sobre todo llegamos más rápidamente a tal conclusión si nos fijamos como desde su implantación desciende la mortalidad infantil en nuestra isla.

Claro está que el hecho de que nos sintamos satisfechos no quiere decir que los declaremos perfectos, pues si bien es cierto que dentro de las circunstancias económicas en que viven han respondido, no deja de ser cierto también, que se hace necesario especializar personal para dicho servicio, que es más complejo de lo que vulgarmente se cree, así como también se hace necesario completar estos "Centers of Infant Welfare" con el aditamento de las "Gotas de Leche" y las Instituciones de Cantinas Maternales, que son los elementos que en conjunción armónica ayudan a diezmar en todo sitio la mortalidad infantil.

LEYES PROTECTORAS DE LAS EMBARAZADAS:—El Congreso para la protección de la infancia celebrado en 1914 en Madrid en sus recomendaciones pedía:

> "4o.—El Consejo Superior debe de pedir a los poderes Públicos que prohiba el trabajo en las fábricas y talleres a las embarazadas durante los dos últimos meses de la gestación y las cuatro semanas después del parto, obligando a los dueños a indemnizar el jornal de las obreras durante el tiempo indicado."

Interesados grandemente nosotros en cooperar a bajar la mortalidad infantil y siendo miembro de la Cámara de Delegados en el período de 1914-17, presentamos un Proyecto de Ley para proteger a las embarazadas en las factorías de tabaco el cual fué radicado con el No. 59 en enero 12 de 1915 y el cual como Exhibit 15 incluímos una copia debidamente certificada y sellada por el actual Secretario de la Cámara de Representantes, como apéndice de este trabajo.

Este proyecto después de una lucha tremenda en la Comisión de Sanidad y Beneficiencia de la Cámara, que entonces presidíamos nosotros, logramos informarlo favorablemente pero no nos cupo igual suerte en Cámara, donde pasamos por el pesar de sufrir una fuerte derrota.

El proyecto tendía a garantizar un reposo de dos meses a la obrera de factoría de tabaco, 1o. Un mes durante el último embarazo y 2do. un mes durante el puerperio. Además preveía el establecimiento de sala cuna en el taller y creaba una comisión de arbitraje presidida por un médico.

Legislación análoga existe en Europa y sólo nosotros permanecemos rezagados viendo 17,000 mujeres en nuestras fá-

bricas de tabacos que intoxicadas por la nicotina permanecen a veces en el taller hasta el comienzo de los dolores, para regresar al trabajo tres o cuatro días después, habiendo producido un engendro casi seguramente llamado en breve plazo a sumarse a la alta cifra de la mortalidad infantil.

MEDIOS PREVENTIVOS DURANTE EL PARTO.—Estos dependen de los cuidados higiénicos y terapéuticos que se hayan tenido durante el embarazo, así como de la asistencia preventiva obstétrica en lo que respecta a las distocias, pudiéndose decir, que si todas estas atenciones han sido cumplimentadas, la prevención del parto ha quedado hecha y los cuidados, en lo que respecta al niño dependen de la habilidad del tocólogo al conducir el mecanismo natural del parto o al intervenir con su arte en los casos anormales.

En cuanto al niño si las maniobras son diestramente hechas, se evitan deformidades ulteriores, a veces reputadas como congénitas; y si se toman las precauciones asépticas en la curación umbilical, se establece la profiláxis contra el tétano neonatorum, así como con las soluciones de las sales de plata se previenen las oftalmías.

Con la numeración de Exhibit 11 y Exhibit 12 incluimos las tarjetas que nosotros hicimos preparar y que usamos mientras dirigimos el Hospital de Maternidad; se tenía a la hora del parto una especie de historial clínico de la paciente, de modo de saberse su verdadero estado en tan duro trance y por le Exhibit 18 se verá que era el historial del trabajo del parto propiamente dicho, así como por el Exhibit 11 se puede ver el curso clínico del niño desde que se inicia en su primer día de vida (1).

Sostenemos de manera enfática que los cuidados preventivos a tener durante el parto están en razón directa de los cuidados asépticos y antisépticos del personal que interviene en el mismo y del local en que tiene lugar el parto.

Una maternidad no funciona como un hospital general, sea en su rama médica o quirúrgica; hay la creencia errónea de que la mujer puede parir en cualquier hospital o casa que se habita con el nombre de clínica, así, antes de nosotros hacernos cargo de la Dirección del Hospital de Maternidad, podemos afirmar que aquel prestaba bastante flaco servicio, a juzgar por su mal estado, constituyendo más bien que un nosocomio, desde el cual se libraban batallas en pro de la vida de la madre y del hijo, un local en el cual las garantías para la primera eran pocas y para el segundo casi ningunas.

Así en demostración de esto que apuntamos, transcribimos del citado trabajo Historia, Organización y Estadísticas del Hospital de Maternidad y Niños, publicado en el Boletín de la Asociación Médica en septiembre de 1924, las páginas 7, 8 y 9 siguientes:

> "En octubre 15 de 1922, al regresar de Europa, me hice cargo de la Dirección del Hospital Maternidad y niños, el cual estaba organizado como un hospital de dos plantas, una dedicada a niños y otra al servicio de Maternidad, pero todo en él era tan deficiente, que dos días después de hacerme cargo de la Dirección o sea el 17 de Octubre, me veía precisado por conducto del Comisionado de Beneficencia a dirigirme al Consejo de Administra-

(1) Se han omitido estos exhibits por no darle demasiado extensión a esta publicación. Verán luz en un opúsculo que oportunamente publicará el autor.

ción del Municipio con una comunicación de la cual entresaco algunos párrafos que ponen de manifiesto mi grito de protesta de entonces ante el estado tan deplorable en que se encontraba dicho hospital desde el punto de vista de las garantías a la salud de las infortunadas pacientes que la necesidad obligaba a solicitar la asistencia en él.

He aquí fragmentos del informe:

"Acompaño a esta, tres planos: el No. 1 del Reparto del Hospital de Maternidad y Niños al hacerme cargo de la dirección del mismo; No. 2 de las reformas que en dicho reparto sugiero y No. 3 de la construcción a efectuar en la azotea de dicho Hospital para poder hacer viable la propuesta reforma No. 2".....

.....

"Es señores del Concejo un sacrilegio médico y un crimen, de humanidad el **permitir siquiera un parto más dentro de la organización actual de Maternidad,** donde están juntas las embarazadas y paridas en la misma sala; y como si no fuera bastante esto, se aumenta el peligro permitiendo a las mencionadas embarazadas parir en la misma sala y en la misma cama que ocupa en dicha sala. No quiero cofentar esto, sino añadir simplemente el hecho."

.. ..

.. ..

"Si os fijais en el plano del actual Hospital notaréis que la despensa se encuentra localizada entre el cuarentenario, o sea el departamento de enfermedades infecciosas, contagiosas y trasmisibles a un lado y al otro un inodoro."

"Ya no sólo esto está en pugna con los más elementales principios sanitarios sino lo que es más aun, hasta con lo que dicta el buen juicio en materia de escrúpulo y aseo."

.. ..

.. ..

"¡Cuán inmenso peligro de contaminación de los alimentos! Creo esto es tan grave y de conocimiento tan vulgar que no necesita mayor explicación."

"Las enfermeras viven hacinadas, en abierta violación con los más rudimentarios principios de higiene, lo cual es atentatorio a la salud y vida de estas sacerdotisas de la piedad que exponen a cada segundo su vida por conservar la de un semejante."

.. ..

.. ..

Venciendo centenares de obstáculos, unos de órden económicos y otros debido a lo inadecuado del local, que no es otra cosa sino un viejo caserón, al fin pude establecer el Servicio de Maternidad sobre base de una organización científica resultado de mis visitas de estudios a las grandes instituciones dedicadas a este ramo en París, Berlín, Madrid, Londres, Barcelona y New York, y cuya organización consta de los siguientes departamentos y servicios:

1o.—Gabinete de Consultas médicas sobre **eugénesis y puericultura;** patología de la gestación y post puerperio.

2o.—Sala de reconocimientos, incluyendo estos, examen pelvimétricos, cardio pulmonar y renal con análisis de orina en relación con la patología gravídica.

3o.—Sala de **gestantes,** en donde permanecen hasta que comienzan los fenómenos clínicos del parto.

4o.—Sala de ante-parto, pequeña salita con dos camas exclusivamente dedicadas a las que ya han comenzado el trabajo del parto y en donde permanecen hasta el comienzo del período expulsivo.

5o.—Sala de trabajo del parto normal o eutócico, donde son trasladadas al comenzar el período expulsivo hasta la terminación del alumbramiento. Esta sala está equipada con su mesa especial para parto, tanques con soluciones desinfectantes, tambor de mediana capacidad con sábanas, batas, toallas, apósitos, torundas y guantes estériles; bandejas con instrumental estéril, recipiente con agua siempre estéril y caliente para una emergencia hemorrágica o de asfixia del recién nacido; mesa para recibir el baby con dos bañeras provista una con agua fría la otra lista a recibir agua caliente para en caso de asfixia, para lo cual está también preparada una bandeja con una pinza de lengua, pera de Ribemont, para extraer las secreciones intra-traqueales, y

estimulantes hipodérmicos y por vía refleja como el éter.

Además hay una bandeja expresamente para recoger la placenta con sus anexos de modo a poderla examinar debidamente.

Es de señalar que no se permite bajo circunstancia alguna el hacer un parto sin la paciente tener rasurada y bien desinfectada la región vulvar, perineal e interna de los muslos, así como sin usar sábanas estériles, la parturienta, y bata y guantes estériles la partera y ayudante.

6o.—Sala de Operaciones de Partos Distocicos, equipada con todo lo necesario, desde la mesa de operaciones ad hoc, mesa de material estéril, mesa de instrumental, mesa de anestesia, estantes con soluciones desinfectantes, tanques con soluciones desinfectantes hasta el aparato de suero siempre listo para cualquier emergencia quirúrgica, de igual modo que lo está el balón de oxígeno listo para cualquier emergencia anestésica.

En cuanto al instrumental, es completo para toda clase de intervención quirúrgipara toda clase de intervención teniéndose a disposición del tocólogo el instrumento que solicite para cualquier operación del ramo aunque ella sea la ya abandonada sinfisiotomía.

La sala de parto reune magníficas condiciones en lo que a calefacción se refiere para el recién nacido y si el lujo no reina en ella, lo hace como una soberana severa, la limpieza más absoluta.

7o.—Sala de Puerperio, donde son trasportadas las parturientas después del alumbramiento y donde permanecen hasta el noveno día en que se les dá de alta, si no hubiese complicación alguna.

8o.—Sala de Aislamiento, sitio donde se recluyen los casos infectados.

9o.—Cuarto de curaciones para casos infectados exclusivamente, con todo el Servicio independiente tanto de enfermeras como de material a usar.

10.—Sala de incubadoras; a esta se trasporta el recién nacido y se pone sistemáticamente durante 4 o 6 horas en una incubadora para irlo adaptando al nuevo ambiente que habita al abandonar el claustro materno.

Existen dos incubadoras, una de gas y otra eléctrica para los infradesarrollados.

11.—Sala de toilet del baby, con su bañera, y servicio de curación umbilical y ocular, así como con balanza y aparato para mensura de la talla, efectuándose por tanto la pediometría tan trascendental hoy en pediatría en unión de los cuidados de profilaxis ocular y umbilical.

12.—Sala de babies, donde cada niño ocupa una cuna con un número igual al de la cama de la madre y con una pulserita con dicho número de modo que en ningún momento pueda ser factible el cambio de un niño por otro.

Además a cada baby se le lleva su historia clínica diaria, en donde se lleva el record desde su peso hasta la alimentación sin dejar de anotar ninguna de las observaciones que demanda tan delicado organismo.

Los babies permanecen separados de las madres y solo se les llevan a las horas de la lactancia.

13.—Sala de aislamiento para babies, en esta se ponen los enfermos o los que pertenecen a parturientas en aislamiento.

14—Departamento de Esterilización: provisto de un magnífico autoclave nuevo de 20 x 28 y dos tanques esterilizados de agua de 35 galones cada uno o sea un total de 70 galones de agua estéril.

15—Departamento para pacientes pudientes, habiendo cupo para siete, cuatro en cuarto de una sola cama que solo pagan $2.50 diario y tres en un saloncito de tres camas, pagando $1.50 diario.

De la anterior organización podrá verse que los servicios actualmente están separados en absoluto.

1.—Entre gestantes y puerperio;

2.—Entre puérperas fisiológicas y puérperas patológicas.

3.—Entre puérperas y babies y

4.—Entre babies de sala de puerperio fisiológico y babies de puerperio séptico.

También hay que señalar en relación con el personal de enfermeras, que cada uno de estos servicios tiene las suyas ex-

clusivamente dedicadas a la atención del mismo, sin que en ningún momento intervengan en los restantes servicios. Los cambios de enfermeras en cada sevicio no tienen lugar sino al final de cada mes.

Por la anterior organización se demuestra que *no estamos teorizando* acerca de la solución trascendental problema de la mortalidad infantil, en lo que respecta a su prevención, sino que desde el 1922, forcejeábamos para combatirla organizando:

1o.—Consultas de eugénesis o cuidados pre-natales.

2o.—Consultas y consejos de post-natales o puericultura.

PUERICULTURA EXTRA-UTERINA:—Al cesar la vida parasitaria que lleva el feto a expensas de la madre, al anunciar su arribo a la vida con un grito, cuando deja de ser feto para ser recién nacido, cuando a la evolución orgánica que regía su desarrollo sustituye la revolución que ocasiona el cambio entre el claustro materno y macrocosmo, cuando su miocardio late a 150 pulsaciones, y su temperatura es de 37.8 con pronta remisión a 37, en este instante en que la madre frente a la satisfacción de tener a su hijo da por bueno el haber visto desgarradas sus entrañas para alumbrar entre sangre y dolor, en ese momento supremo, empieza la función de la puericultura extra uterina, demandando al acto se tomen las precauciones en primer término contra el enfriamiento del nuevo infante, *precaución que tomábamos nosotros manteniendo la Sala de Partos a una temperatura templada y poniendo al recién nacido durante las 6 horas siguientes a su nacimiento en una incubadora que hicimos traer de París y que funcionaba irradiando calor por medio del agua caliente, reservando* la incubadora eléctrica para los casos de niños prematuros, que como es sabido, su casa no puede constituirla otra, que el reducido recinto de una incubadora, porque de otra suerte la amenaza de muerte es casi segura. Véase Exhibit 13.



Exhibit 13.—Departamento de Incubadoras instalado por el Dr. Figueroa en el Hospital de Maternidad y Niños al dirigir dicho centro nosocomial.

Gracias a esta prevención orondos podemos declarar que en dos años y en más de 1200 partos nunca tuvimos que lamentar muerte alguna seguida al colapso por inadaptación al nuevo medio.

La habitación del niño debe estar a una temperatura que no predisponga al enfriamiento, nosotros en la Maternidad, según se puede ver por la Organización a que hemos hecho mención teníamos separación absoluta entre la madre y el hijo siendo la sala de babies adaptada a las necesidades de vida del recién nacido.

En demostración de esto acompañamos el Exhibit 14 que es una vista de la Sala de Babies en la Maternidad de nuestro tiempo, tal como la establecimos nosotros para desde ella arrebatarle vidas al obituario infantil.



(Exhibit 14. -Sala de babies instalada por el Dr. Figueroa, al reorganizar el Hospital de Maternidad y Niños, al encargarse de su dirección.

Los cuidados preventivos que la Higiene establece en la habitación del niño descansan en el principio de que no es posible la vida sin la trinidad, *aire, sol y agua.*

La separación que nosotros establecimos en Maternidad tenía otra ventaja preventiva y es que evitaba el que la madre cada vez que llorase el niño, bien por que creyere que era llanto de hambre, o bien para dormirlo y que no la molestare, le diera el pecho, sobrealimentándolo y dando lugar a los vómitos por repleción gástrica, factible de asfixiar al niño por caída del líquido en el conducto traqueal, o bien determinaren a sucesivas repeticiones, trastornos gastro-entéricos que tan alto auge toman en la cifra de los óbitos infantiles.

Baños.—Deben ser templados y las *restiduras* deben ser de tal índole que no ajuste al niño a tal grado de originarle trastornos circulatorios así como además que el cambiarle de ropa resulte tarea fácil.

Lactancia—No admite duda alguna, y en ello están acordes todos los tocólogos y pediatras, que la alimentación ideal para el niño es la materna, la alimentación natural. En tal concepto, el mejor de los medios de prevenir las afecciones de las vías digestivas es por medio de los consejos de la puericultura llevando a la conciencia de la madre la impresión de que ella, indirectamente, destetando su hijo, y sometiéndolo a una alimentación artificial, actúa como factor etiológico de los trastornos gastro entéricos que ocupan el primer lugar en la mortalidad infantil.

Ya estudiamos las causas que se oponen a la lactancia materna, pero nunca éstas se justifican ante el gran concurso

que la patología de las vías digestivas presta al obituario infantil.

GOTAS DE LECHE

Como medio preventivo a la mortalidad infantil que determina la falta de lactancia natural, se han instituído las "Gotas de Leche" para favorecer la lactancia unas veces natural, en consultorio para niños de pecho, u otras artificial, por el suministro de leche para los niños.

El primer Congreso Internacional de las *Gotas de Leche* celebrado en París en Octubre de 1905 las definió del modo que sigue:

> **"La Gota de Leche es una obra que lucha contra la mortalidad infantil por todos los medios posibles:—1o.—Da consejos a las madres; 2o.—Estimula la lactancia materna; 3o.—Distribuye leche cuando el pecho falta o es insuficiente.**

Tan previsora institución fué fundada por el Dr. Dufour, quien comulgando con la encaristía de que la leche materna es la mejor, escogió como lema para su Institución, Gotas de Leche el siguiente: "Faute dé mieux", y se expresaba así en relación con ella:

> "La Gota de leche quiere conservar el hijo a su propia madre, para quien no hay suplente digna; quiere ponerla en condiciones de prodigar a su hijo, a falta de su pecho, sus ternuras, su cariño; quiere conservarlo en el hogar doméstico para que, con su sonrisa, con su presencia, mantenga allí la paz y la armonía. Ciertamente, la Gota de leche no es el ideal, y ella no olvida su divisa: faute de mieux. Ella no es el respeto absoluto de la Naturaleza, pero es una transacción necesaria en nuestra época, cuando la lactancia materna no es posible, y cuando condiciones sociales, bárbaras y crueles sin duda, pero demasiado reales, condiciones físicas o morales, impidan a las madres dar el pecho a sus hijos."

Al primer Congreso Internacional de "Gotas de Leche", a que hemos anteriormente hecho mención concurrieron 11 naciones: Alemania, Inglaterra, Austria, España, Estados Unidos, Italia, Rusia, Noruega, Bélgica, Argentina y Francia, donde tuvo lugar gracias a la feliz iniciativa de Varrob y Delfour, quienes lograron reunir en el Instituto Pasteur, a 350 congresistas, que después de ampliamente deliberar llegaron a las siguientes conclusiones.

> 1o.—Los poderes públicos deben de buscar los medios tendentes a evitar que las madres dejen de lactar.
>
> 2o.—La Institución Gota de Leche debe ser dirigida por un médico.
>
> 4o.—Los poderes públicos deben facilitar la vulgarización de la higiene infantil.
>
> 5o.—Debe existir una legislación rigurosa para la vigilancia de la leche.
>
> 6o.—Constitúyase una unión Internacional de Gouttes de Lait con comisión permanente.

Ahora ya conocida la Institución "Gotas de Leche" vamos a transcribir las reglas por la cual se rijen las de la Capital de España, las cuales tuvimos la oportunidad de en la práctica ver su funcionamiento mientras hacíamos un curso en la especialidad de partos en el Hospital Provincial de Maernidad de Madrid.

CAPITULO I

> Art. 1.—El fin que persigue esta Institución es luchar contra la excesiva mortalidad infantil de Madrid, vigilando y dirigiendo científicamente la crianza de los niños durante los dos primeros años de su vida y asistir en consulta a los enfermos menores de quince años, a los que se les

facilitarán gratuitamente los medicamentos necesarios para su curación.

Art. 3.—La Gota de Leche como obra de protección infantil, tendrá por misión:

(a) Propagar por cuantos medios estén a su alcance leche natural o materna exclusiva.

(b) Establecer un régimen de lactancia mixta cuando la materna sea insuficiente.

(c) Aceptar como mal menor el régimen de lactancia artificial exclusiva, solo en los casos que el Médico juzgue imposible al lactancia natural y la mixta.

(d) Examinar semanalmente el estado de salud del niño, reglamentar su alimentación, dar consejos de higiene infantil y aleccionar a las madres de un modo práctico en el difícil arte de la maternologia.

(e) Distribuir diariamente la ración de alimento apropiado a las condiciones de cada niño (leche esterilizada con garantías de pureza, leche maternizada, sueros lácteos, harinas, etc.) siempre que el Médico reconozca la necesidad de completar o substitutir la lactancia materna por ser insuficiente o imposible proveyendo así al debido sustento del niño.

(f) Si los medios de sostenimiento de esta Institución lo consienten suministrará alimentos adecuados a las madres que crien sus hijos con el pecho, cuando el Médico juzgue que solo la insuficiente alimentación de aquellas es la causa de la falta de secreción de sus pechos o de las buenas condiciones de la leche.

En cuanto a la ración alimenticia el Dr. Garricot, Director de una Gota de Leche de Lyon en un estudio que publicó en la Revista de Pediatría correspondiente a febrero 15 de 1914 establece la siguiente:

La ración alimenticia, o sea la cantidad de leche en relación con el peso del niño varia, según que sea alimentado exclusivamente con biberón o con lactancia mixta, de madre y biberón. Los niños al biberón reciben de los tres a las nueve meses, 1/6 de su peso; de los nueve a los doce, 1/7; de los doce a los diez y ocho, 1/8. Los de la lactancia mixta, de tres a doce, 1/7; de doce a quince, 1/8; de quince a diez y ocho, 1/9. Ninguna ración baja hasta el décimo del peso, los mas débiles alcanzan un noveno y un octavo, y son las de los niños de doce a quince meses. En los primeros meses de biberón solo toman el sexto hasta seis meses, y el séptimo hasta nueve meses.

PROTECCION DE LA INFANCIA

CASAS CUNAS.—Su fundación data de 1844 y se deben en Francia a Marbeau y son establecimientos destinados a recibir y alimentar a los niños de primera infancia durante las horas de trabajo de la madre.

Las casas cunas pueden ser subvencionadas por el Estados o por las institnciones privadas.

Entre las institnciones privadas existen Casas Cunas Indnstriales, como las del tabaco que acoje en su seno a los niños de sns obreras, habiendo tratado Mezie en 1905 que fuera coercitivo para toda fábrica que el número de sns obreras excediere de 50.

Si ahora hacemos una mirada retrospectiva hacia el Exhibit 16 o sea el Proyecto de Ley presentado por nosotros siendo Delegado a la Cámara, para proger a lsa gestantes, veremos qne nnestro proyecto se inspiraba en la defensa y protección de la infancia en la persona de la madre antes de nacer el niño y en la del niño por mediación de la casa o sala cnna después del nacimiento.

Y esto qne no hicimos nosotros en 1915, ni hemos hecho aún, lo hizo Suiza desde 1877, Austria en 1865, Holanda en 1889, Bélgica en 1889 y Alemania e Inglaterra en 1891.

Pouponnieres:—Son establecimientos a recibir niños de la primera infancia, pero diferenciándose de las casas cunas, en qne en ella permanece el niño constantemente tanto de día como de noche, mientras que en la casa cuna lo hace mientras trabaja la madre.

No cabe duda de índole alguna que esta institución dirigida y atendida por personal competente es una garantía para la salud del niño y por tanto un medio preventivo contra la mortalidad infantil, a igual que en estas mismas condiciones lo es la Casa Cuna.

MUTUALIDAD MATERNA

El Congreso de la Sorbona en 1908 las definió así:

La Mutualidad materna es a la vez una obra de previsión y de beneficencia, que tiene por objeto proveer a sus asociados, a cambio de las cuotas satisfechas por ellas, y mejorarlas por las cuotas de sus miembros honorarios, del Estado de los departamentos y de los municipios, un auxilio pecuniario suficiente para que puedan abstenerse durante los quince últimos días del embarazo, de todo trabajo reconocido como perjudicial, para su salud, así como también, durante un mes después de parto, y prestar a sus hijos, hasta la edad de dos años, los cuidados necesarios.

DAMA VISITADORA

Al fundarse las mutualidades maternas sus iniciadoras pensaron en la cooperación valiosa que podía y debía prestar la la mujer, en la inspección de la madre y el hijo y de aquí nació la idea de organizar el servicio de la dama visitadora.

Y ahora en relación con los Estados Unidos haremos constar que en 1898 cupo a New York la gloria de fundar la primera Milk Station, análoga a la Gota de Leche, creando en 1906 "The New York Milk Committee", para trabajo acerca del bienestar de la niñez y mejora de la estadística de mortalidad, y creando más tarde en 1908 el "City Bureau of Child Hygiene, por lo que ha podido prevenir y combatir la mortalidad infantil hasta hacerla descender al tipo de 81 por mil.

Finalmente el Congreso pasó en 1921 el Bill Sheppard-Towner para la protección de la Maternidad y la Infancia, siendo de lamentar hondamente, que siendo el actual Gobernador de Puerto Rico uno de los autores de esta Ley protectora, no haya tratado de impulsar una legislación análoga en nuestra isla, recomendándola a nuestros legisladores en uno de sus mensajes, de modo de ver, si hay algunos más afortunados que nosotros, que no pudimos cristalizar en ley nuestro proyecto de ley de protección a las gestantes, pues mis compañeros de legislación no entendieron como Moulon: "Toute employeur qui ne permet pas a la mere de nourrir son enfant est coupable d'une tentative d'infanticide".

Y si después de haber hecho este dilatado estudio, pensamos que 1o. —si en nuestro pueblo el activo Comisionado de Sanidad, doctor Ortiz logra seguir impulsando los *Infant Welfare Centers* hasllevarlos a su perfecta organización, de de acuerdo con las reglas de funcionamiento que más adelante exponemos; 2o.—si las precauciones sanitarias siguen de tal manera que las enfermedades infecciosas continúen en su curva de descenso; 3o.—*si la labor en las maternidades es eficiente no sólo en su aspecto de atención a las parturientas y al baby sino velando por los cuidados de eugénesis y puericultura*; 4o.—si se crea el Instituto de Maternogocía y Puericultura, aunque fuera de manera análoga a como lo redactó el ilustre periodista y sociólogo don Mariano Abril en un proyecto de ley que presentó al Senado y que como el nuestro para protección de las gestantes, no fué al estatuto convertido en Ley; 5o.—si la lucha contra la alimentación artificial en la niñez se intensifica y logramos hacer reaccionar a las madres a lactar

los hijos; 6o.—si desde los Infant Welfare Centers se hace también obra de Goutte de Lait; 7o.—si la campaña contra los adulteradores de leche sigue implacable; 8o.— si el alcoholismo no hiciere tantos estragos en nuestra clase pobre, pues después de la prohibición que ha resultado una farsa y que ha creado un delito más en nuestro estatuto penal, el contrabandismo, se bebe, si no más, por lo menos tanto como antes, y segura y ciertamente más malo que entonces; 9o.— si las condiciones del salario mejoran; 10.—si el desempleo se disminuye; 11.— si las condiciones del trabajo varían favorablemente, sobre todo en la mujer; 12.— si establecemos leyes protectoras a embarazadas; 13.—si creamos las casas cunas, creches, ponponnieres,, cantinas, mutnalidades maternas, bien sea por el estado o por instituciones privadas; 14.—si desde los centros puericultores bajamos el coeficiente de ignorancia de nuestra mujer en sus funciones augustas de madre, y por último, si combatidos sanitariamente todos los factores morbígenos y también sociológicamente resolvemos el problema gravísimo de la miseria de nuestro pueblo, entonces y sólo así, es que bajará el alto tipo de 146 por mil que arroja nuestra mortalidad infantil, salvándose de ser tronchadas annalmente en capullo, muchas de las 13,578 vidas inocentes, que si engendramos a impulsos del amor, no tenemos derecho a matar con nuestra criminal e inhumana apatía, en la resolución del grave problema que constituye el objeto de este trabajo: la mortalidad infantil.

Y antes de terminar vamos a incluir como Exhibit 21 las funciones de un Infant Welfare Center, tomadas de la obra de Pedriatría de ABT, y como Exhibit 22 las Instrucciones de la Academia de Medicina de París a las madres y nodrizas, para que como complemento a este trabajo, no sólo lo perfeccionen,—sino lo que es más, le dén una mayor autoridad, que la que le hayan podido dar mis palabras pobres y mis experiencias limitadas.

EXHIBIT 21

Infant Welfare Center

1. It should be open to all mothers and well babies in the district regardless of economic circumstances.

2. A thorough preliminary physical examination of every baby upon its entrance to the center by a well qualified physician.

3. Periodic consultations and weighing of all babies with careful records.

4. Instruction and advice to all mothers in the care, feeding and general hygiene of infancy.

5. Promotion of breast feeding. Where this fails, suitable instructions for the modification of cow's milk.

6. No special milks or formulae designed for ill babies to be ordered from these centers. All babies needing such milk should be referred to a private physician or a babies' dispensary and hospital for examination and treatment.

7. When a baby under the observation of one of the infant welfare centers develops an abnormal condition or an acute illness and its parents are in good economic circumstances, it should be referred inmediately to a private physician, If unable to aford a private physician, it should be referred to a babies' dispensary and hospital or other institutiton where it can be suitably looked after. The nurse from the center should get in touch with the private physician or institutions and give a history of the case to them.

In the more highly developed centers connected with dispensaries and hospitals the following may also be provided:

1. Smallpox vaccination for all babies whose parents cannot afford a private physician.

2. Securing of blood for Wassermann reactions in all babies sent to boarding

homes, or for adoption, and for others where a diagnosis of syphilis is desirable

3. von Pirque test on babies from tuberculous homes and in others suspected of tuberculosis.

4. Schick test for babies exposed to diphtheria, where the question of administering immunizing doses of toxin-antitoxin comes up. The ideal method would be to immunize all children between the ages of six months and six years.

5. Taking of nose and throat cultures from all suspicious cases.

6. Taking of smears frof inflamed eyes showing secretion.

7. Taking of vaginal smears in all babies sent to boarding homes or to a hospital or out-door ward.

Materials for this diagnostic work should be furnished by the local Department of Health, and the examination of the blood, smears etc., carried out in the Department Laboratories free of charge to the physicians sending in cases or to the parents who bring the babies.

Future Developments of Infant Welfare Work. We may reasonably expect that future developments in the saving of infant lives and promoting their welfare will be along the following lines:

1. The recognition of infant welfare work as an integran part of a full rounded maternity and child hygiene program.

2. Better training of physicians, nurses and social workers in socio-medical work for infants and older children.

3. The organization of community forces to cope with the untoward conditions which contribute to infant morbidity and mortality.

4. **The prevention of prenatal and neonatal mortality by adequate prenatal care, more skilled obstetrics and better service in maternity hospitals and convalescent homes for mothers.**

5. The registrations and strict supervision of all midwives.

6. The pasteurization of sterilization of all milk given to babies.

7. Widespread revival of interest in breast feeding and its promotion.

8. Prevention of whooping-cough and measles in infancy.

9. After six months of age, the immunization against diphteria by use of toxin-antitoxin.

10. A revival of the practice of vaccination against smallpox for all infants.

11. An extension of the rural districts of the lessons learned in the cities.

12. The better organization of state and municipal bureaus of child hygiene to carry on a widespread popular education regarding infant care.

13. Larger interest of the Federal Government in stimulating local endeavors by the granting of State subsidies.

When all these measures are under way we may well expect an infant mortality rate of less than 50 throughout the country and a more healthy and resistant childhood at all ages above one year.

EXHIBIT 22

INSTRUCCIONES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

Indicaciones elementales a las madres y a las nodrizas, resumidas y completadas por la Comisión de higiene de la infancia, de la Academia de Medicina.

LACTANCIA NATURAL

1o.—La lactancia del niño por su madre, o en su defecto, por una nodriza, bajo la vigilancia de la familia, es el procedimiento que da los mejores resultados y que más disminuye los peligros de mortalidad de los niños.

2o.—La leche debe constituir la principal alimentación del niño, durante el prifer año, por lo menos; es decir, hasta la aparición de los diez o doce primeros dientes.

3o.—Es peligroso dar al niño en los meses, alimentos sólidos; no se olvide que la alimentación prematura es la que más víctimas causa entre los niños de la primera infancia.

4o.—Durante los dos primeros días que siguen al nacimiento, mientras se espera la subida de la leche de la madre, o la llegada de una nodriza, puede alimentarse al niño con agua ligeramente azucarada y tibia, de la que se darán una o dos

cucharadas medianas cada dos horas, añadiendo, si se quiere, un poco de leche.

5o.—Desde que el niño coge el pecho debe dársele cada dos horas próximamente, y con menos frecuencia durante la noche. Sin embargo, debe proporcionarse el número de las tetadas a sus necesidades, a su apetito y a su fuerza.

6o.—No se debe despertar al niño para darle el pecho, a menos que sea muy débil o cuando el sueño se prolonga mas de dos horas durante el día, o de cinco o seis durante la noche.

7o.—Es muy peligroso que la madre o la nodriza acuesten consigo al niño y el médico debe prohibirlo en absoluto.

8o.—En caso de nuevo embarazo, la madre o la nodriza deben cesar progresivamente en la lactancia, praa no comprometer la salud del niño.

LACTANCIA MIXTA

9o.—Caso de ser insuficiente la leche de madre, de que ésta se perjudique por la lactancia, o de enfermedad de la misma, a los dos o tres meses de lactancia, o más pronto, según las circunstancias alternar las tetadas, dos o tres veces al día, con la lactancia artificial según las reglas que a continuación se expresan.

LACTANCIA ARTIFICIAL

10.—Cuando no pueda lactar la madre, y no pueda costear una nodriza, deberá lactarse al niño con leche de un animal (burra, vaca ó cabra).

Desde el segundo día del nacimiento se dará leche fresca de burra, y en su defecto, leche de vaca o de cabra, adicionada de agua. Si es posible se tomará la leche del principio de la extracción, y de un animal que haya parido recientemente.

11.—La mezcla de la leche de vaca o de cabra con agua, se hará con agua pura hervida, y no con infusiones o decociones. Salvo los casos de indisposición, las mezclas (Véase más adelante) se harán y administrarán en las siguientes proporciones:

12.—Durante los ocho primeros días, a mitad de leche pura y mitad de agua; se darán tres cucharadas grandes cada dos horas.

En los días sucesivos hasta terminar el primer mes, dos tercios de leche y un tercio de agua; de cuatro a cinco cucharadas grandes cada dos horas, según la tolerancia del estómago.

Desde el principio del segundo mes se harán las mezclas al cuarto (tres cuartos de leche pura y un cuarto de agua), y la dosis se elvará a medio vaso próximamente.

En el tercer mes y en los siguientes, se dará un vaso cada tres horas. Sólo a partir del tercer mes se dará la leche pura.

13.—La cantidad de leche mezclada o pura, varía según el apetito, las aptitudes digestivas, y el estado de salud o enfermedad del niño, y también según la fuerza nutritiva de la leche.

14—La cantidad de leche de vaca o cabra necesaria para la alimentación del niño durante las veinticuatro horas, deberá esterilizarse cada día después de mezclada convenientemente. La esterilización deberá hacerse preferentemente por la persona encargdaa de cuidar al niño.

15.—Debe cuidarse de que la vasija donde se hierva, la leche, la cuchara, el vaso, el biberón, etc., no sean de estaño ni plomo tratándose del biberón, las guarniciones que pueda tener serán de la misma materia del frasco, o de caoutchouc natural, no vulcanizado.

El biberón de tubo es detestable, y debe ser absolutamente proscrito.

Jamás servirá un mismo biberón para varios niños.

16.—El biberón no debe contener más que la leche necesaria para cada ración; la que sobre debe tirarse, porque pudiera fermentar.

17.—También deben limpiarse estas vasijas cuidadosamente cada vez que se empleen y conservarse en un estado de absoluta limpieza. En los intervalos deberá conservarse el biberón en agua hervida. De no tomar estas precauciones, que son indispensables, la leche que se pusiera en él se alteraría y determinaría accidentes (cólicos y diarrea) que son la causa principal de la mortalidad infantil.

18.—Por la misma razón hay que evitar el uso de los chupadores, sean de la na-

turaleza que fueren, que fercuentemente se acostumbra a dejar los labios del niño para calmarle.

19.—Debe tenerse presente que la lactancia artificial exclusiva aumenta considerablemente los peligros de enfermedad o muerte, cuando no se practica en el seno de la familia, con cuidados minuciosos, o por personas experimentadas.

20.—La lactancia artificial, que por sí misma ya es peligrosa; puede serlo más aún por la aglomeración, cuando se la aplica en un mismo local a un gran número de niños.

21.—Hacia el séptimo mes se pueden agregar a la leche esterilizada yemas de huevos o harina de trigo seca al horno, harina de arroz, de avena, de tapioca, arrow-root, etcétera, con las que se harán papillas al principio claras, y siempre bien cocidas. Después se podrá sustitutir a la leche, en estas preparcaiones, por caldo de vaca ligero para prearar al niño para el destete.

22.—Por lo general, hay qu abstenerse de emplear las diversas composiciones que el comercio recomienda para reemplazar a la leche o a los alimentos que indicaremos después.

DESTETE

23.—El destete podrá efectuarse a partir del noveno mes y aún antes si las circunstancias obligaran a ello, por ejemplo, cuando la leche de la madre o de la nodriza es insuficiente. Pero cuando las condiciones de la lactancia al pecho son satisfatorias, no deberá destetarse al niño hasta el décimo mes, o cuando haya cumplido el año.

24.—Debe excluirse todo alimento sólido; para la práctica del destete no es indispensable que la dentición esté más o menos adelantada. Pero no se debe destetar en la época de los grandes calores, ni durante una erupción dentaria activa, ni durante una indisposición del niño. Podrá comenzarse en los intervalos que separan la erupción de los dientes.

25.—El destete se debe efectuar gradualmente, es decir, después de haber acostumbrado al niño a los alimentos suplementarios, tales como las papillas muy claras con leche (véase el art. 21).

26.—Una vez realizado el destete se irá haciendo la alimentación del niño poco a poco más substanciosa, añadiéndole pan mojado en jugo de carne y purés de legumbres farináceas; no se debe dar carne antes de que aparezcan las primeras muelas. También se excluirá de la alimentación del niño la repostería, dulces de todas clases, el vino puro y los licores.

27.—El destete gradual no exige por parte de la mdare o de la nodriza más que ciertas precauciones, y una ligera medicación cuando dejan por completo de lactar: algunos purgantes y tisanas diuréticas o aciduladas.

CUIDADOS HIGIENICOS, Y VESTIDOS

Inmediatamente después de nacer, la matrona lavará al niño, y muy especialmente los ojos, con agua hervida tibia.

29.—Se tendrá al niño en una habitación lo más aireada posible, y con la calefacción necesaria en invierno.

30.—El niño nacido a término y en buen estado de salud no se deberá sacar a la calle hasta después del décimoquinto día, a menos que la temperatura exterior sea muy templada y muy seca. Téngase presente que los niños contraen las bronquitis respirando un aire frío o cuando hace viento.

31.—Todas las mañanas se hará la toilette al niño antes de mamar.

La toilette consta: de un baño de algunos minutos de duración, o de un lavado general sobre todo de los órganos genitales y de las nalgas, que siempre deben estar muy limpios; de la limpieza de la cabeza, en la que no se deben dejar acumularse la grasa o las costras; del cambio de ropas; las ombligueras deben aplicarse durante el primer mes.

32.—Debe rechazarse en absoluto las envolturas que envuelven y sujetan, con la faja, etcétera, los cuatro miembros y el cuerpo, porque cuanta más libertad en los movimientos tenga el niño más robusto se cría y mejor conformado. Tampoco

deben emplearse los vendajes que compriman la cabeza.

33.—Debe abrigarse al vestir al niño, según el país, en que viva, y según las estaciones. Debe preservársele lo mismo del frío que del excesivo calor, fuera y dentro de las habitaciones en las que no obstante debe renovarse el aire, como ya hemos dicho.

34.—No hay que apresurarse en hacer andar al niño, se le debe dejar arrastrarse por el suelo y levantarse con sus propias fuerzas. No deben emplearse las andaderas.

35.—No deben descuidarse las mas ligeras indisposiciones (tos, cólicos, diarreas, vómitos frecuentes) de los niños, debiéndose llamar al médico desde el principio.

36.—Es indispensable vacunar al niño en los tres primeros meses de la vida, o mas pronto si hubiera epidemia de viruela. La vacuna es el único preservativo de esta enfermedad.

Y ahora, una vez transcrito los anteriores Exhibits vamos a terminar, pero parécenos oportuno el señalar que si nuestro trabajo estuviere en penuria absoluta de grandes méritos, siempre habrá que reconocer uno en él, y es el de haberse demostrado, como nosotros, desde hace muchos años venimos viendo con gran interés el grave prblema de la mortalidad infantil, el cual hemos tratado de combatir con todas las armas que poseemos, en sus dos aspectos, el médico y el político.

Y en demostración a lo anterior, véase nuestro esfuerzo personal del modo siguiente:

1o.—*Como Representante a la Cámara.*

Al ocupar la curul legislativa durante los años 1914-17, presentamos allá para el año 1915 el proyecto de Ley para Protección a las Gestantes que aparece en el Exhibit 16, y también para esa misma fecha introdujimos otro Proyecto de Ley No. 97, 'Para Prohibir el Expendio de las Bebidas Alcohólicas los Domingos y Días Festivos Legales y destinar el Fondo de Multas por Violación a esta Ley, como Donativo Anual al Sanatorio Tuberculoso," proyecto de ley, que también alcanzó los honores de una derrota y que debidamente certificado y sellado con el sello de la Cámara aparece en Exhibit 16 en el apéndice.

Como puede verse nuestro proyecto fué presentado y derrotado mucho antes de la Prohibición de la venta de bebidas alcohólicas, y por el texto del mismo se podrá ver, que en nuestro proyecto no se establecía una prohibición absoluta, sino que nos guiaba la idea de combatir en algún grado el alcoholismo, ese veneno de nuestro tejido orgánico, degenerador de la especie, y tóxico social causante de tan alto grado de criminalidad en todos los pueblos.

2o.—*Como Médico.*

En el ejercicio de nuestra profesión médica hemos procurado dedicar parte de la actividad de ésta a combatir el alto obitnario infantil, no sólo dando conferencias acerca de esta materia allá para el año 1914 en la Biblioteca Carnegie, gloroisamente dirigida por el nunca bastante llorado, Don Manuel Fernández Juncos, sino forcejeando en el trabajo clínico y en la labor nosocomial. Como tocólogo, organizamos por vez primera en nuestro Hospital de Maternidad y Niños en San Juan, las *clínicas de eugénesis y puericultura*, teniendo en tal centro la oportunidad de estudiar este doloroso problema, no en su *aspecto teórico solamente*, sino en su *carácter práctico*, al atender más de 3,000 casos, según hemos demostrado con las estadísticas del Hospital de Maternidad y Niños, que en la sesión científica, de la Asamblea Anual de la Asociación Médica del año

1923, leímos, y que aparece publicada en el Boletín de dicha Asociación correspondiente al mes de septiembre de 1924.

3o.—*Cooperación Actual.*

La prestamos en el presente momento contra la mortalidad infantil, concurriendo con este trabajo, que es el fruto del abandono a muchas de nuestras ocupaciones perentorias, para poder llenar a satisfacción el cometido que nos impusimos.

Este trabajo representa un esfuerzo personal nuestro, en todo, desde la búsqueda del dato y la dirección de los gráficos, preparados por Don Francisco Tallada, de acuerdo con nuestras instrucciones, (1) hasta la redacción del mismo, por lo que podrá verse, que nuestra labor ha sido en extremo ardua, de lo que nos sentimos satisfechos, porque, nunca nuestra pluma, como ahora, había sido puesta a servicio de causa más humana, que el combatir el temible enemigo de la niñez, la mortalidad infantil, que anualmente, como siniestro vendabal, arrasa las vidas de 13,578 inocentes infantes, sembrando el dolor en el corazón de los abatidos padres, y anegando en lágrimas, los ojos bellos de cielo, de las angustiadas madres, mientras ven, con el alma transida de tristeza, volar, como lindos ángeles, hasta el glorioso trono del Altísimo, a hijos de sus entrañas, implacablemente arrancado de sus amorosos regazos, por los monstruosos e impíos tentáculos de la muerte.

(1) Con motivo de la muerte del Sr. Francisco Tallada, los gráficos han sido transcritos para la publicación, por el distinguido bacteriólogo Dr. O. Costa Mandry.

BIBLIOGRAFIA

Censo Oficial de Puerto Rico, año 1899.

———

Informes Anuales del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico.

———

Informe Anual del Negociado de Trabajo, año de 1928.

———

Les Droits del' enfant—Charles Cherbot.

———

Asamblea Nacional de Protección a la Infancia y represión de la Mendicidad.—Madrid 1914.

———

2do. Congreso Internacional de Gotas de Leche. —Dr. Paulino Romo.

———

Pediatric. Abt.

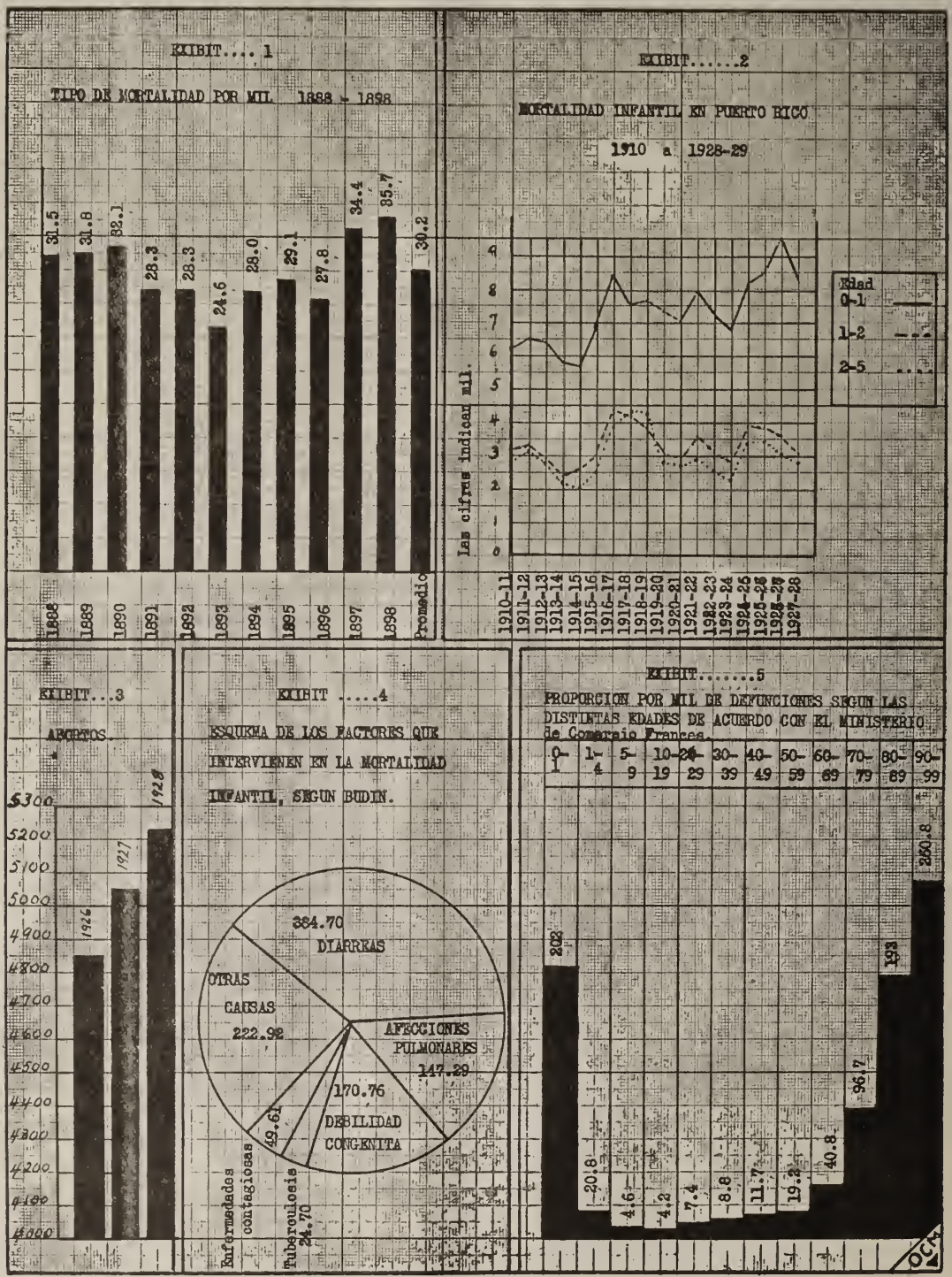
———

Historia, Organización y Estadísticas del Hospital de Maternidad y Niños por el Dr. Leopoldo Figueroa, Director y Cirujano Tocólogo. —Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, Septiembre de 1924.

———

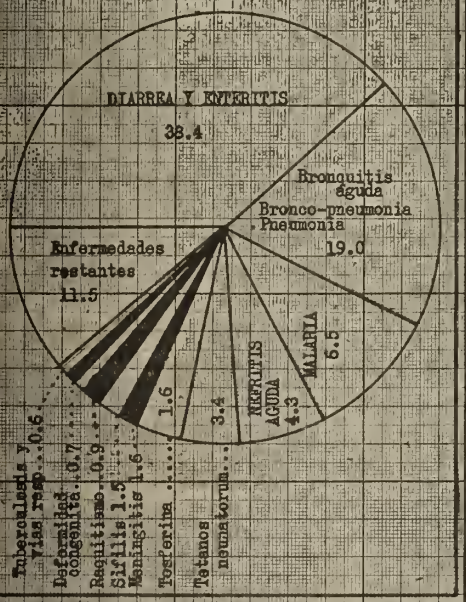
APENDICE

(Véanse las páginas siguientes)


EXHIBIT.... 1
TIPO DE MORTALIDAD POR MIL. 1888 - 1898
31.5
31.8
32.1
28.3
28.3
24.6
28.0
29.1
27.8
34.4
35.7
30.2
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
Promedio
EXHIBIT.....2
MORTALIDAD INFANTIL EN PUERTO RICO
1910 a 1928-29
Las cifras indican mil.
Edad
0-1
1-2
2-5
1910-11
1911-12
1912-13
1913-14
1914-15
1915-16
1916-17
1917-18
1918-19
1919-20
1920-21
1921-22
1922-23
1923-24
1924-25
1925-26
1926-27
1927-28
EXHIBIT...3
ABORTOS.
1926
1927
1928
EXHIBIT 4
ESQUEMA DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN BUDIN.
384.70
DIARREAS
OTRAS
CAUSAS
222.92
AFECCIONES
PULMONARES
147.29
170.76
DEBILIDAD
CONGENITA
49.61
Enfermedades contagiosas
Tuberculosis
24.70
EXHIBIT.....5
PROPORCION POR MIL DE DEFUNCIONES SEGUN LAS DISTINTAS EDADES DE ACUERDO CON EL MINISTERIO de Comercio Frances.
0-1
1-4
5-9
10-19
20-29
30-39
40-49
50-59
60-69
70-79
80-89
90-99
202
20.8
4.6
4.2
7.4
8.8
11.7
19.2
40.8
96.7
193
260.8

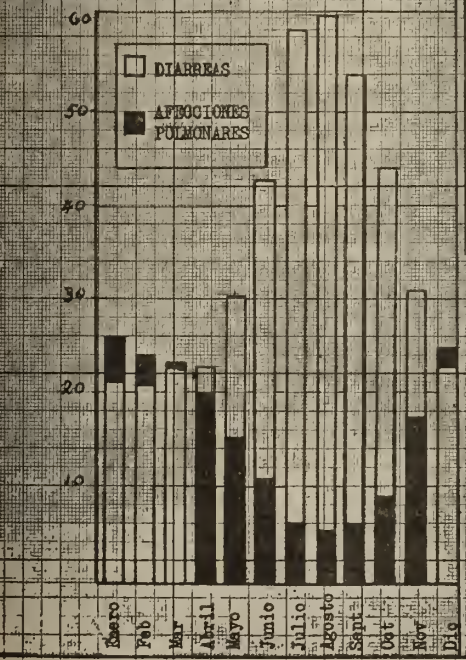
EXIBIT.....6

TIPO POR CIENTO EN RELACION CON EL MORTALIDAD INFANTIL.



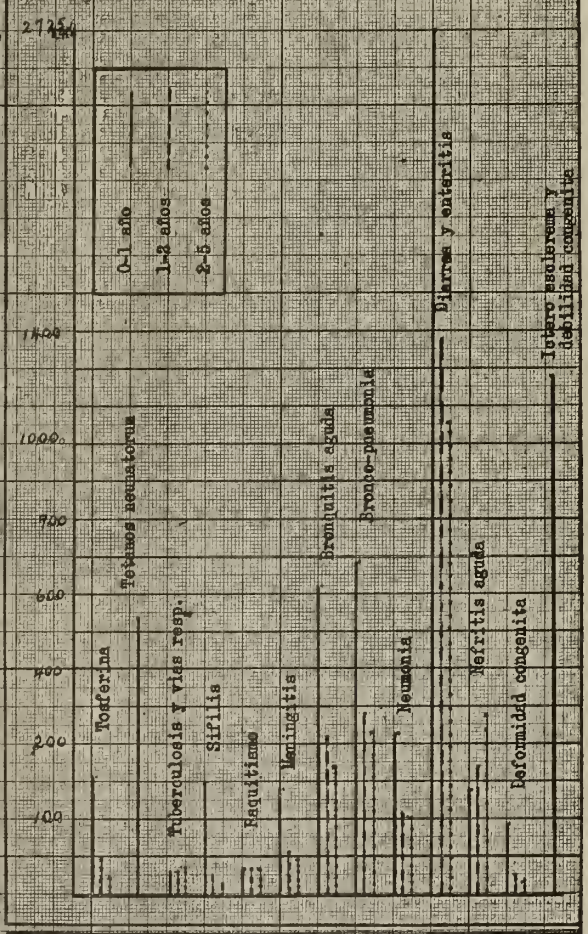
EXIBIT.....7

MORTALIDAD INFANTIL. EDAD 0-1 año.



EXIBIT.....8

MORTALIDAD INFANTIL. AÑO 1927-28



EXIBIT.....9

TIPO POR CIENTO EN RELACION CON EL TOTAL DE MORTALIDAD INFANTIL.

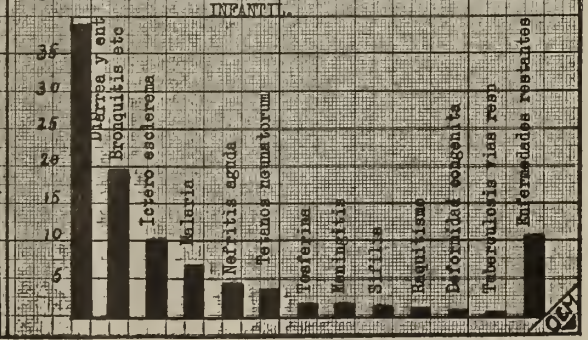


EXHIBIT 15.

P. DE LA C. 59.

EN LA CAMARA DE DELEGADOS DE PUERTO RICO

El señor Figueroa presentó el siguiente Proyecto de

L E Y

Para protección de las gestantes en las factorías de tabaco y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1o.—Toda mujer que durante ocho meses consecutivos trabaje como obrera manual en cualquier fábrica tabacalera, tendrá derecho a retirarse a su casa al comienzo del noveno mes de embarazo, hasta un mes después del alumbramiento.

Sección 2a.—El patrono estará obligado a pagar a la obrera el mismo salario que ésta disfrute, durante el tiempo de reposo que estatuye la Sección 1a.

Sección 3a.—Ningún patrono podrá despedir de su factoría a ninguna gestante, siempre que ésta pruebe, por vía pericial, que al ingresar en el trabajo no estaba en gestación o no tenía más de un mes de este estado.

Sección 4a.—El patrono estará obligado a conceder media hora cada tres horas a la madre obrera para lactar el niño.

Sección 5a.—A los efectos de la Sección 4 el patrono estará obligado a habilitar un local separado de la factoría y en armonía con las necesidades higiénicas, donde los niños puedan ser lactados.

Sección 6a.—La factoría tabacalera que no llene el requisito exigido en la Sección 5, no podrá emplear mujer alguna en sus trabajos.

Sección 7a.—El patrono que violase la Sección 2 de esta ley, convicto que fuere de ello, estará obligado a indemnizar las obreras de acuerdo con los gastos y perjuicios irrogados, así como también a reponer a éstas en su trabajo por un período no menos de seis meses.

Sección 8a.—Transcurrido el lapso de tiempo provisto en la Sección 7, el patrono podrá separar la obrera siempre que por parte de ésta no concurran las condiciones necesarias de buen comportamiento en el cumplimiento de sus deberes o bien de carácter moral.

Sección 9a.—Para la solución de cualquier litigio a que pudiera dar margen las Secciones 7 y 8, se crea un Comité compuesto de tres miembros y entenderán en lo siguiente:

(*a*) Velar por el cumplimiento de todo lo estatuído en la presente ley.

(*b*) Armonizar en los razamientos que pudieran surgir entre obreras y patronos, por alguna de las disposiciones de esta ley.

(*c*) Resolver dentro de una panta de equidad, cualquier rozamiento que tuviere efecto en la práctica de esta ley.

(*d*) Sugerir el deber en que está la parte a que no asista la razón, de cumplir la presente ley y obligar a ésta a su cumplimiento en caso de desobediencia, por medio de las Cortes de Justicia.

Sección 10a.—Este Comité que se llamará "Comité de Protección de gestantes," de acuerdo con la Sección 9, se compondrá de un Presidente, que será un médico en ejercicio profesional legal en esta Isla por más de cinco años; un Secretario

y un Vocal quienes, respectivamente, serán el primero y segundo Jefe del Bureau del Trabajo.

Sección 11a.—El Presidente del Comité será nombrado por el Gobernador, con la aprobación del Consejo Ejecutivo, por un período de dos años y en compañía de sus compañeros de Comité, emitirá por conducto del Gobernador un informe anual a la Asamblea Legislativa.

Sección 12a.—El Presidente del Comité si no recibe sueldo alguno del Gobierno, recibirá una dieta a razón de cinco dólares por día de trabajo.

Sección 13a.—El Gobernador podrá separar por conducta incorrecta en el cumplimiento de sus deberes, a cualquiera de los miembros del Comité, siendo su resolución apelable a la Asamblea Legislativa.

Sección 13a.—El Gobernador podrá separar por conducta incorrecta en el cumplimiento de sus deberes, a cualquiera de los miembros del Comité, siendo su resolución apelable a la Asamblea Legislativa.

Sección 14a.—En caso de que la anterior separación recayese en el Secretario o Vocal, serán separados también del puesto oficial que desempeñan.

Sección 15.—Toda ley o parte de ley que se oponga a alguna de las disposiciones de ésta, queda por la presente derogada.

Sección 16a.—Esta ley empezará a regir un mes después de su aprobación, márgen de tiempo que dispondrá el Gobernador para llenar el requisito exigido en la Sección II.

Yo, Carmelo Martínez Acosta, Secretario de la Cámara de Representantes de Puerto Rico:

CERTIFICO: Que el precedente proyecto de ley fué presentado en la Sesión de la Sa. Asamblea Legislativa de Puerto Rico, el 12 de Enero de 1915, según consta de los records de esta oficina.

San Juan, P. R., 21 de nov., 1928.

Carmelo Martínez Acosta,
Secretario de la Cámara de Representantes.

EXHIBIT 16.

P. DE LA C 97.

EN LA CAMARA DE DELEGADOS DE PUERTO RICO

Enero 19, 1915.

El Sr. Figueroa presentó el siguiente Proyecto de

L E Y

Para prohibir el expendio de bebidas alcohólicas los domingos y días festivos legales y destinar el fondo de multas por violación de esta Ley, como donativo anual al "Sanatorio de Tuberculosos" y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Por la presente queda prohibido el expendio de bebidas alcohólicas tanto los domingos como días festivos legales, desde las 12 de la noche de los sábados hasta las 12 de la noche de los domingos, como también desde las 12 de la noche precedente al manecer del día festivo hasta las 12 de la noche de dicho día.

Sección 2.—Queda prohibido también la venta de bebidas alcohólicas a toda persona empleada como chauffeurs, cochero, maquinista de máquina de vapor o gasolina, obtero o patrón de embarcación de vela o vapor que esté en el desempeño de sus funciones.

Sección 3.—No podrá ser expendida bebida alcohólica en ningún teatro, circo, o en un radio de 250 metros del lugar donde se celebre algún meeting político.

Sección 4.—Queda también prohibido el vender bebidas alcohólicas a menores de 18 años (sin orden del padre o encargado) a los mendigos, a los depauperados y a los bebedores consuetudinarios.

Sección 5.—En los hoteles y restaurants se permitirá solamente a la hora de almuerzo y comida el uso de bebidas alcohólicas fermentada en los días prescritos en la Sección 1a.

Sección 6.—Toda violación de la presente Ley se castigará con una multa no menor de diez, ni mayor de cien dólares, que formará parte de un fondo que se llamará para "Actos Benéficos" y que anualmente será entregado como donativo al "Sanatorio de Tuberculosos."

Sección 7.—Toda Ley que se oponga a esta queda por la presente derogada.

Sección 8.—Esta Ley empezará a regir inmediatamente después de su aprobación.

CERTIFICO:—Que el Proyecto de Ley No. 97, es copia fiel y exacta, del tomo II de Enero a 2 de Marzo de 1915 que se encuentra en los archivos de esta Cámara.

C. Martínez Acosta,
Secretario de la Cámara
de Representantes.

NOTICIAS MEDICO - SOCIAL

Dr. Agustín R. Laugier.

Después de una ausencia de varios meses en viaje de recreo y estudio por el viejo continente, ha regresado a Puerto Rico.

En Europa visitó el Hospital Clínico de Barcelona, el Hospital San Pablo y de la Santa Cruz, La Policlínica y la Clínica Quirúrgica del Dr. Corachán y de Ignacio Baranger. En París visitó el Hospital San Luis y el nuevo Hospital Americano.

Se encuentra nuevamente de regreso después de este viaje de estudio, al frente de su consultorio donde continuará dedicándose a la misma especialidad de ojos, oídos, nariz y garganta a que siempre se ha dedicado.

La Asociación Médica de Puerto Rico se complace en dar la bienvenida al Dr. Laugier, quien por varios años fué su secretario y vice-presidente, y últimamente fué presidente del comité científico de la Asociación, desplegando todas sus actividades por el buen éxito de nuestra Asociación.

Dr. Ramón M. Suárez.

Acaba de ser nombrado por el Hon. Gobernador de Puerto Rico, Teodoro Roosevelt, y confirmado por el Senado de Puerto Rico, para el cargo de miembro de la Junta Insular de Sanidad.

El Dr. Ramón Suárez es un miembro activo en todas las actividades de la Asociación Médica de Puerto Rico. Fué Secretario de la Asociación por tres años, Presidente por tres años, y en la actualidad es Consejero de la misma.

Conferencias en el Ateneo.

En los programas de conferencias de las distintas secciones del Ateneo Puertorriqueño se incluyen amenudo conferencias de temas médico-sociales. La clase médica de Puerto Rico debe cooperar con entusiasmo con estas conferencias que tienden a divulgar nuestros problemas médicos a nuestro pueblo.

El día 20 de marzo y bajo los auspicios de la Sección de Ciencias Naturales, Físicas y Matemáticas, dictó una conferencia el Dr. O. Costa Mandry sobre el tema "La Tuberculosis, su aspecto médico social en Puerto Rico".

El día 9 de abril el Dr. Walter C. Earle dictó otra conferencia sobre el tema 'La Malaria, su aspecto económico social'.

Dr. José A. Loyola.

El día 8 de abril y tras pertinaz dolencia falleció en la flor de su vida nuestro querido compañero el Dr. José A. Loyola. La Asociación Médica de Puerto Rico expresa a sus deudos y familiares su más sincera condolencia y pierde de sus filas un elemento valioso.

Dr. James W. Jobbling.

Se ausentó de Puerto Rico después de una visita de inspección a la Escuela de Medicina Tropical.

El Dr. Jobbling es profesor de patolo-

gía en el Colegio de Médicos y Cirujanos en la Universidad de Colombia.

Dr. Walter W. Palmer.

Acaba de ausentarse de Puerto Rico, después de breve estadía, este distinguido profesional, profesor de medicina en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Colombia.

Durante su estadía dió varias conferencias en la Escuela de Medicina Tropical.

Asociación Americana de Salud Pública.

La decimo sexta asamblea anual de la Asociación Americana de Salud Pública, tendrá lugar en Montreal, Quebec, durante los días 14 al 17 de septiembre de 1931. El sitio de reunión será el Hotel Windsor.

La Asociación extiende una cordial invitación a todos los miembros de la Asociación de Salud Pública como también a los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

TERCER CONGRESO DE LA ASOCIACION MEDICA PANAMERICANA

México D. F. República Mexicana

El Tercer Congreso de esta Asociación tendrá lugar en la Ciudad de México D. F., del 6 al 31 de Julio del corriente año de 1931, bajo los auspicios del Gobierno de la República Mexicana y de su Departamento de Salubridad.

Los notables progresos alcanzados por esta República hermana, en Higiene y Salubridad, en sus Instituciones de Asistencia Pública y Planteles de Educación Superior, han hecho que sea ael lugar preferido para la celebración de este magno torneo científico, que será un exponente fiel del grado de cultura y adelanto y una oportunidad para apreciar la legendaria hospitalidad que el Cuerpo Médico Mexicano, siempre ha dispensado a todo aquello que redunde en positivos beneficios de intercambio científico.

El Comité Ejecutivo de la Asociación Médica Panamericana, fiel a sus principios, celebra su tercera reunión, y lanza una cordial invitación a aquellos profesionales de la América que se interesen por hacer más íntimas las relaciones culturales y científicas entre nuestros pueblos unidos todos por los sagrados ideales del Americanismo Intelectual.

Para informes:—

Dr. Francisco de P. Miranda. — Secretario General del Congreso. Departamento de Salubridad Pública.— México, D. F.

Dr. Conrad Berens.—Tesorero de la Asociación Médica Panamericana.—35 E. 70th. St. New York. N. Y.

Dr. José E. López Silvero.—Secretario General de la Asociación Médica Panamericana. — Secretaria de Sanidad, Habana.

REVISTA DE REVISTAS

Keefer, Chester S., Chi Shih Yang and K. K. Huang.—Anemia Associated with Chronic Dysentery: Clinical Considerations, with Special Reference to the Cause and Treatment.—Arch. of Int. Med. Vol 47.3: 436 (Mar. 1931)

Los autores hacen un estudio clínico completo de 16 casos de anemia en enfermos que padecen de disentería de más de dos meses de duración. El diagnóstico de disentería fué confirmado en todos los casos por el examen de sigmoidoscopico y por la presencia del bacilo de Shiga en las heces fecales. En un trabajo publicado anteriormente ya los autores habían indicado la importancia que los trastornos de la nutrición tienen en la producción de anemia en casos de disentería crónica. La anemia en algunos casos estaba asociada a trastornos de deficiencia tales como keratomalacia, edema o pelagra y el cuadro hematológico mejoraba cuando se instituía una dieta adecuada o cuando se añadían a la dieta substancias como el hígado o el hierro que aceleran la formación de hemoglobina. La mejoría ocurría apesar de la infección y apesar de la pérdida de sangre en la excreta.

Como factores responsables del trastorno de nutrición está en primer término la diarrea, pero ésta sólo no explica la anemia pues encontraron que sólo cierto número de casos con diarreas demostraban estar anemizados. En cambio el uso de una dieta restringida en el tratamiento de colitis ulcerativa crónica se ha reportado como causante de keratomalacia y de anemia por Crohn.

La ración alimenticia usada por la clase china en Peiping según estudios recientes demuestra ser adecuada en calorías y probablemente también en vitaminas B y C, pero deficiente en proteínas, en vitaminas A y D y en calcio y fósforo. La dieta es además deficiente en grasas y relativamente alta en hidrocarbonatos.

En cuanto a la pérdida de sangre en las heces fecales, creen los autores que es tan poca la cantidad que no guarda relación con la intensidad de la anemia. La aceptan, sinembargo como un factor contribuyente, pero no como el factor esencial en la producción de la anemia. La disentería o la infección bacteriana en sí tampoco juega papel de importancia en la producción de la anemia.

La anemia en los 16 casos reportados varía no sólo en sus caracteres morfológicos, sino también en la manera como responde al tratamiento. Creen los autores que la causa de la anemia no es siempre la misma, pero que los factores más importantes son los trastornos de nutrición resultantes de una dieta inadecuada y de procesos que dificultan la nutrición normal (diarea y ulceración intestinal). En algunos pacientes, factores concomitantes son la aquilia gástrica, la pérdida de sangre y la infección.

En el grupo de casos se observaron signos clínicos característicos de anemia perniciosa, tales como cambios morfológicos en la sangre y la manera omo respondieron al tratamiento con extracto de hígado. También se notaron atrofia de las papilas de la lengua ytrastornos del sistema nervioso.

Los autores creen que sus observaciones en estos casos, dan fuerza a la hipótesis que la atrofia papilar, la anemia y los cambios en el sistema nervioso en anemia perniciosa, se deben también a trastornos de deficiencia.

R. M. SUAREZ.

Simmons, James Stevens—Dengue Fever—Am. Jour. of Trop. Med.—Vol. XI—Mar. 1931. —77.

El autor nos presenta un estudio bastante completo de dengue, poniendo interés especial en las investigaciones más recientes, entre las cuales aparecen las de él mismo mientras formaba parte en Manila del Army Medical Department Research Board.

Empieza enumerando los distintos nombres por los cuales se conoce esta enfermedad y dando una definición de la misma, incluyéndola entre las enfermedades causadas por virus filtrable.

Ei virus del dengue no penetra la piel humana ni se propaga por el contacto. Bajo ciertas condiciones puede trasmitirse mecánicamente por el **Culex quinquefasciatus, Aedes aegypti** y posiblemente por otros insectos contamina-

dos, pero los trasmisores importantes son el **Aedes aegypti** y el **Aedes albopictus.**

La evidencia actual no es suficiente para probar que el virus no sufra cambios o ciclos, tan complicados como los de la malaria y este problema habrá necesariamente de permanecer en duda hasta que el virus pueda ser demostrado microscópicamente.

Como resumen de los cambios hematológicos encontrados en 81 individuos los cuales se infectaron experimentalmente con el virus de dengue, el autor dice lo siguiente:

1—Una leucopenia que empieza al segundo día y progresa hasta 2000 células durante el cuarto o sexto día.

2—La leucopenia se debe a una menor cantidad de mononucleares y de polimorfonucleares neutrofílicos maduros.

3—Durante la convalescencia los linfocitos alcanzan contage normal antes que los granulocitos.

4—Ocurren cambios degenerativos en los granulocitos maduros, lo cual sugiere que la leucopenia es producida por la destrucción de los leucocitos.

5—Las formas maduras o segmentadas que normalmente llegan a 3000 disminuyen hasta 300, y las formas jóvenes o inmaturas aumentan durante la fiebre.

6—Este cambio o "shift to the left", en la proporción de los granulocitos maduros y jóvenes hace posible el diagnóstico de la infección experimental un día antes de aparecer la fiebre.

Termina este interesante trabajo con datos acerca de la trasmisión experimental del dengue en los monos, afirmando que el virus de dengue puede ser trasmitido por el mosquito Aedes a dos especies de monos por lo menos: el **macacus fuscatus** y el **macacus philippinensis** y retransferido de estos animales a otros monos y al hombre. Este hedho explica como puede persistir endémicamente y diseminarse el dengue en ciertas regiones, apesar de que se proteja al hombre del mosquito trasmisor.

R. M. SUAREZ.

Ashford, B. K. The Relation of Monilia Psilosis to Tropical Sprue and an Evaluation of Fermentation of Sugar as a Criterion for Specifity —The P. R. Jour. of Pub. Health and Trop. Med. 1931. Vol. VI—3: 310.

Con un considerable acopio de datos presentados en un extenso protocolo y obtenidos de la investigación clínica y micológica en 163 casos de esprú y en 76 pacientes de otras enfermedades, el autor llega a muy interesantes conclusiones.

De los 163 casos de esprú 77.9 por ciento dieron resultado positivo para **Monilia psilosis** y 8.5 por ciento para **Monila psilosis** atípica. De los otros 76 casos solamente un 18.4 por ciento fué positivo para Monila psilosia. Si se incluyen las formas atípicas de **Monilia psilosis** el porcentaje sube a 48 por ciento en el grupo de enfermos clasificados como no esprú, pero admite el autor que en ese grupo, 37 casos pudieran haber estado sufriendo de una forma incompleta o atípica de esprú.

Termina su trabajo el Dr. Ashford con las siguientes manifestaciones: "Esto no prueba que la **Monilia psilosis** sea la causa del esprú. Condiciones favorables en un sistema digestivo enfermo pueden ofrecer un medio preferido para el desarrollo de un saprofito inocuo. Pero tampoco el hecho de que 50 por ciento de pacientes de distintas enfermedades sean portadores de la **Monilia psilosis** prueba que ese organismo no sea un factor en la producción del cuadro clínico de esprú. Si este organismo es patógeno en la lengua de "thrush," en el pulmón, en las amígdalas, en los huesos y en la piel, debemos ser parcos al manifestar que no tiene relación alguna con el esprú."

Sugiere en el último párrafo que la Monilia albicans, Monilia psilosis, Monilia Pinoyi, et al, sean todas distintas formas del mismo hongo descrito primeramente por Robin en 1853.

R. M. SUAREZ.

De Canctis, Adolph G. and Abbot W. Allen.—"Purpura Haemorrhagica (Thrombocytopenia)"—Am. Jour. of Dis. of Child. 1931.—Vol. 41: 552.

Los autores presentan 3 casos de púrpura hemorrágica en niños de 5, 8 y 10 años respectivamente, en los cuales el sntoma predominante fué epistaxis. Dos de los niños curaron radicalmente después de la esplenectomía y el otro mejoró para sufrir una recaída algunos años más tarde durante un ataque de varicela.

En este interesante trabajo aparece la clasificación de Rosenthal para las púrpuras, muy útil ayuda al diagnóstico diferencial.

La etiología de púrpura hemorrágica o trombocitopénica se encuentra todavía a obscuras, pero se supone que un aumento de trombocitolisis reticulo-endotelial sea la causa, y ésta se manifiesta por una marcada disminución en el número de plaquetas ("platelets") en la sangre. El contage normal de plaquetas varía entre 200,000 a 300,000 y en esta enfermedad fluctúa entre 18,000 y 30,000.

La sangre de estos pacientes coagula normalmente en cuanto a tiempo y el tiempo de sangría ("bleeding time") es también normal, pero el coágulo que se forma (al igual que el coágulo del líquido hidrocélico) no se retrae por contener muy pocas plaquetas.

En el diagnóstico diferencial es conveniente recordar que es muy raro encontrar esplenomegalia en púrpura trombocitopénica, distinto ésto al mal de Banti, mal de Gaucher y algunas leucemias. También hay que diferenciarla de anemia perniciosa, leucemias aleucémicas, anemia eritroblástica de la infancia, meningococcemia, ictericia hemorrágica, hemofilis y escorbuto.

En cuanto a tratamiento solo está justificada la esplenectomía que ha dado un 86.6 por ciento de curaciones. La helioterapia y la roentgenoterapia tienen sus defensores, pero los casos reportados hasta la fecha son muy pocos para llegar a conclusiones definitivas en cuanto al beneficio de esas dos medidas terapéuticas.

R. M. SUAREZ.

Embrioma quístico de la Vejiga.—E. Castaño.—Semana Médica.—Buenos Aires, Nov. 6, 1930.

Castaño hace un magnífico y detallado estudio de un caso de teratoma parasético o embriomaquístico de la vejiga. Empieza diciendo que solamente hay otro caso similar reportado en la literatura médica. Sus consideraciones de la génesis de los tumores embrionarios es muy interesante: su paciente una mujer de 42 años se quejaba ocasionalmente de ligeras molestias a la micción con ligera hematuria y, algún dolor en el periné. Estos trastornos solo se presentaban después de haber andado mucho. En uno de los ataques la paciente notó haber expulsado algo y al buscar se encontró con una masa que al ser examinada resultó ser de pelos calcificados. Se operó con éxito y el examen anatomopatológico del tumor demostró la presencia de tejido fibroso, óseo, y una superficie papilamatosa de piel con glándulas sebáceas conteniendo pelo. El epitelio del tumor estaba ulcerado presentando el tejido subyacente infiltración marcada con linfocitos y leucocitos polimorfonucleares. Se observaron trocitos de cartílago con pericondrio y dermis. El autor hace incapié en el diagnóstico diferencial del tumor que describe con los quistes dermoides en los que se encuentran huesos o dientes en su cavidad. En el caso de Castaño por el contrario, una capa de piel cubría un esqueleto osteocartilaginoso probando el diagnóstico de teratoma parasítico o embriomaquístico.

GARCIA CABRERA.

Inyección intravenosa de Bismuto en suspensión oleosa administrada accidentalmente.—Foucaud, Anuales des Maladies Venerienines, enero 1931.

El 19 de noviembre 1930, un estudiante equivocando las órdenes dadas administra 3 cc. de una suspensión de yodo bismutado de quinina en aceite por vía intravenosa a un paciente con sífilis. La inyección fué hecha con gran lentitud, no por precaución sino debido a que la aguja fina usada no permitía mayor rapidez en la administración de la substancia, de la cual se inyectaba la cantidad de la ampolleta o sean 3 cc. El paciente no experimentó schock alguno. Solamente tosió algo y se sintió débil Por la noche se sintió algo fatigado, tosió algo y tuvo algunas expectoraciones ligeramente teñidas con sangre. A la mañana siguiente amaneció completamente bien. Se notó una ligera albuminuria y una estomatitis que le molestó

algo lo cual desapareció completamente varios días después. El paciente continuó su tratamiento con salvarsan y luego con bismuto intravenoso sin contratiempo alguno. Este caso raro desde luego, tiene un gran interés y nos quita algo del miedo que siempre llevamos de introducir en la circulación alguna cantidad de las sales insolubles usadas en sifilología, al practicar nuestras inyecciones intramusculares. Desde luego que de la inyección hacerse dentro de una arteria en vez de a la vena los resultados serían distintos. Se produciría sin duda una necrosis masiva de la región bañada por la arteria.

GARCIA CABRERA.

Informe de la Comisión Germano-Rusa para investigar la sífilis. (Foreign Letters, Berlin. Febr. 23, 1931, J. A. M. A. April 4, 1931)

Es un hecho observado y decidido entre los sifilólogos e investigadores en el campo de la sífilis que la lues ha disminuido en todos los países civilizados. Este hecho se debe al uso de la arsfenamina la cual debidamente administrada reduce las probabilidades del paciente para diseminar la infección, en otras palabras, el periodo de contagio del sifilítico se reduce al mínimo o se elimina por completo. Este hecho, quizá el mayor que se haya obtenido del uso de las arsfenaminas ha sido discutido por un grupo de médicos el cual aunque pequeño ha sido oído dando lugar a distintos comentarios. Se alega que la acción de la arsfenamina es aparente, y que por reducir el periodo de contagio con su uso se paga un precio muy alto, el paciente desarrolla una sífilis nerviosa. Para fortalecer esta opinión se alegaba que entre las razas primitivas donde no se trató la sífilis las complicaciones nerviosas tales como la parálisis general y la tabes son desconocidas.

Para resolver definitivamente la cuestión de una relación entre la terapéutica salvarsánica, de la lues y las lesiones luéticas del cerebro y la médula se organizó una Expedición Germano-Rusa bajo los auspicios de la Notgemeinschaft der deutschen Nissenschaft, la cual quedó encargada de llevar a cabo todas las investigaciones necesarias para resolver el asunto. La expedición se dirigió a la Buryat Mongol Republic, cerca del lago Baikal, en Siberia, donde la población está grandemente atacada de sífilis.

Los resultados de la Expedición han sido anunciados por el Profesor Jessuer de la Universidad de Breslan. Dicho informe no deja duda alguna sobre la cuestión: la resuelve categóricamente negando que pueda haber relación alguna entre la administración de las arsfenaminas y las lesiones específicas del neuroeje. Las extensas investigaciones llevadas a cabo por los investigadores alemanes y Rusos les llevaron a la conclusión unánime de que entre la población de la república Buryat-Mongol la sífilis, debido a que no es tratada y recibe un tratamiento muy deficiente, se observa en sus manifestaciones más terribles. Aquí, entre esta población casi totalmente sifilizada con una sífilis virulenta y donde la arsfenarmina es completamente desconocida la demencia paralítica y la tabes son tan frecuentes como entre los pueblos coaligados, que usan la droga de Erlich.

GARCIA CABRERA.



Ensáyela GRATIS

. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestesico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Inhalant, No. 66

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de COLE No. 18.

(Compuesto de secretina y páncreas)

Páncreas (isletas de Langerhans)	3 grs.
Pituitaria (íntegra)	1/5 gr.
Secretina	1 gr.
Vaccinium myrtillus (Blue Berry)	½ gr.
Preparado Remineralizante de de Cole No. 12	q.s.

Recete:—Compuesto Endócrino de Cole No. 18 (Compuesto de secretina y páncreas). Una cápsula tres veces al día después de las comidas; luego cuatro cápsulas al día; y más tarde dos cápsulas, tres o cuatro veces al día.

Indicaciones: diabetes azucarada.

Nota: al administrar este tratamiento conviene comenzar con una dósis pequeña, aumentándola gradualmente hasta obtener los resultados que se buscan. La cantidad depende de la tolerancia de carbohidratos del paciente y de la fijeza del nivel de azúcar en la sangre. Las isletas de Langerhans, que contiene esta fórmula aumentan la tolerancia de azúcar, la substancia de las amígdalas tiene un efecto benéfico e indirecto sobre la glicolisis y los Preparado Remineralizante de Cole No. 12 (compuesto neutralizante de sodio y potasio), remineralizan la deficiencia alcalina que generalmente se presenta en el caso de la diabetes azucarada.

Compuesto Endócrino de COLE No. 13

(Compuesto de ovarios y mamarias)

Substancia mamaria	3 grs.
Sustancia del ovario	1 gr.
Substancia tiroidea	1/10 gr.
Fosfato de calcio	q. s.

Indicaciones: — menorragia, menstruaciones muy frecuentes, prolongadas o profusas.

Nota:- Esta fórmula actúa como un regulador del ovario, vencie do su excesiva actividad.

COLE CHEMICAL COMPANY
ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**
Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

ANGOSTURA
Dr. SIEGERT'S

EL SABOR FAMILIAR QUE EFICAZMENTE OCULTA LAS MEDICINAS DESAGRADABLES — TONIFICA EL METABOLISMO Y AUMENTA EL APETITO.
ELIX. ANG. — q. s.

Pida una muestra.

J. W. WUPPERMANN
ANGOSTURA BITTERS AGENCY, INC.

Suite O, 14 East 46th St., New York.

Haciendo Humanidad

LAS estadísticas todavía demuestran que la proporción de criaturas que mueren antes de pasar el segundo año es grande, en demasía.

Hoy más que nunca están de acuerdo muchas autoridades médicas acerca de que el aceite de hígado de bacalao es una valiosa ayuda para robustecer a los niños debilitados y facilitar su desarrollo.



Cuarto "D"

En los laboratorios de la Emulsión de Scott, donde se determina la potencia de las vitaminas D, tan necesarias para el tratamiento de raquitismo, desnutrición etc.

Cuidadosos experimentos médicos han demostrado también que administrado en forma de emulsión se obtiene del aceite de hígado de bacalao el máximum de beneficio con el mínimum de esfuerzo digestivo.

Motivo porque vale bien tener en cuenta la preparación, única en su clase, que lleva más de medio siglo perfeccionándose: la



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

Para impresos de todas clases,
Efectos de Escritorios. -:- Sellos de Goma.
Trabajos de Litografía y en Grabado
Rayados y Encuadernaciones
de todas clases.
Libros de texto y Recreativos
---y---
Muebles para oficinas.

Cantero Fernández & Co., Inc.

IMPRESORES, GRABADORES
Y LITOGRAFOS.
SAN FRANCISCO No. 49, — CALLE ALLEN No. 48,
SAN JUAN, P. R.

En el tratamiento de catarros, afecciones respiratorias y reumáticas
recuerde que la **Numotizine**

que es un medicamento importante e inofensivo, ayuda a reducir la fiebre, el dolor y la congestión.
La Numotizine es un emplasto y se aplica localmente.
Sus ventajas son: La facilidad con que se remueve después de obtener los efectos deseados, y que no causa trastornos gastro intestinales.—¿Por qué no hace una prueba? Gustosamente le enviaremos una muestra si la solicita.

NUMOTIZINE INC.
220 W. Ontario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).
Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



AMYTAL, LILLY

Hipnótico eficaz no narcótico

AMYTAL COMPUESTO, LILLY

El hipnótico de preferencia cuando el dolor es un factor

AMYTAL SODICO LILLY

Valioso coadyuvante de la anestesia

Estos productos son dignos de su consideración.
Escriba solicitando literatura.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, E. U. A.

Año XXIII. Número 188.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

MAYO, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
11 AUG 1931

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 185

Human infestation with fasciola hepática 186
Dr. O. Costa Mandry.

Un caso de anemia cerebral en anestesia intraraquídea 193
Dr. Díaz García.

Raquianestesia. 195
Dr. B. Dávila.

Decadencia de la Fe Médica 199
Dr. A. Montalvo Guenard.

Noticias Médico-sociales. 201

Revista de Revistas 203

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

PYRAMIDON

EL ANALGESICO UNIVERSAL

Continuará siendo el favorecido de la profesión médica, por su eficacia insuperable, acción rápida y verdadera, y por estar libre de efectos secundarios.

Meritorio antipirético, antineurálgico, y antireumático.

Particularmente indicado en los casos de:

Influenza, grippe, fiebre de las enfermedades infecciosas, hemicránea, neuralgia del trigémino, dolor de cabeza, neuritis, trastornos menstruales, erisipela, herpes Zoster, accesos de asma, gastralgia, dolor de muelas, gota, Reumatismo articular, ciática, etc.

PYRAMIDON se vende en

Tubos de 10 tabletas de 5 granos.

Frascos de 25 tabletas de 1-½ granos.

Además se vende:

Elixir de **PYRAMIDON**, frasco de 4 onzas.

Elixir de **PYRAMIDON**, frasco de 12 onzas.

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 Varick Street, New York, N. Y.

FR. SCHOMBURG, Distribuidor, Luna 80 — San Juan.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A. 91141



William Konrad Roentgen
1845-1923
De un bajo relieve en bronce
por Heintz Peter

Otra contribución en pro de la Causa de la Humanidad . . .

La Película Eastman "*Diaphax* Dupli-Tized" para rayos X

DESDE que Roentgen descubrió los rayos X, los científicos de la Eastman han seguido paso a paso el avance de la radiografía. La contribución más reciente a la causa de la humanidad es la Película "*Diaphax* Dupli-Tized" para rayos X.

Condiciones de la *Diaphax*

Reduce el tiempo de exposición.

Retiene las cualidades de la emulsión de *Contraste*.

Puede examinarse a contra luz delante de una ventana o iluminador.

En la superficie se pueden hacer anotaciones con lápiz o pluma.

No es necesario alterar el proceso acostumbrado.

Se suministra con base de *Seguridad* o de nitrato.

La uniformidad de la Película *Diaphax* se debe a cincuenta años de experiencia. Sus características especiales, como la de poderse observar a la luz de una ventana o de un iluminador, se han granjeado la aceptación del mundo entero.

La *Diaphax* es "Dupli-Tized," la Película Radiográfica ideal de fama universal.

Solicítese en los establecimientos Kodak

EASTMAN KODAK COMPANY
ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Cuando Fallan los Laxantes Ordinarios

y el médico busca un medio de aliviar al enfermo que se lamenta de estar "cansado de toda clase de remedios," ensaye el Agarol.

Desde la primera dosis se hace evidente que el Agarol es distinto de los purgantes o evacuantes ordinarios, tanto por su manera de obrar como por la persistencia de sus efectos. Administrándolo durante un período razonable, excita al colon perezoso y lo entrena hasta el punto de hacerlo continuar obrando con regularidad y satisfactoriamente sin ayuda alguna.

Cuando el enfermo deja de tomar el Agarol es *porque ya no lo necesita.*

EL AGAROL es la Emulsión original de Aceite Mineral, Agar-Agar y Fenolftaleína, y tiene estas ventajas especiales:

Es perfectamente homogéneo y estable, de gusto agradable sin estar artificialmente saboreado; no contiene azúcar, álcalis ni alcohol; no tiene contraindicaciones; no hay escurrimiento rectal; no da cólicos; no provoca náuseas ni trastornos gástricos; no crea hábito.



AGAROL

MUESTRAS A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

WILLIAM R. WARNER & CO., INC.

Establecidos en 1856

113-123 WEST 18TH STREET NEW YORK, E. U. A.

El TRATAMIENTO INTRAVENOSO
de la Gonorrea con Glucosa y

MERCUROCROMO

(*Marca Registrada*)

REDEWILL, POTTER Y GARRISON de la Marina de los E.U. de A. (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dic. de 1929) demostraron en 2053 casos que la glucosa con Mercurocromo intravenosamente en *solución fresca* aumenta la propiedad bactericida del último y reduce su anafilaxia dos terceras partes, mientras mantiene una bacteriostasis sanguínea muy eficaz contra toda clase de infección génito-urinaria y estimula la formación de los anticuerpos específicos. Estos resultados concuerdan con los informes obtenidos de una infinidad de autoridades e investigadores de Europa, Norte y Sud América.

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

FIBROSITIS

AUNQUE la verdadera naturaleza del reumatismo muscular o de la fibrositis no está aún determinada, las autoridades médicas generalmente están de acuerdo que esta afección de los músculos voluntarios es casi siempre debida al frío o a la humedad, los cuales determinan, en casos crónicos, una proliferación inflamatoria del tejido conectivo.

Con el descanso como primera indicación, la aplicación local sobre los músculos afectados de un apósito de

Antiphlogistine

caliente contribuye mucho hacia el estímulo de la circulación de la linfa a través de la parte adolorida y constituye un tratamiento rápido y eficaz en casos agudos.

"En casos de neurofibrositis, una cataplasma de kaolin (antiphlogistine) proporciona, en la mayoría de los casos, una gran mejoría."
Fibrositis—The Prescriber, Nov., 1926.

La ANTIPHLOGISTINE no es una cataplasma común. Debido a sus propiedades termogenésicas fortalece los tejidos pues aumenta la actividad circulatoria, y difundiendo los productos de la congestión, elimina la rigidez muscular, a la vez que disminuye la extrema sensibilidad, proporcionando alivio casi inmediato del dolor.



THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.,
163, VARICK ST., NUEVA YORK.

Muy señores míos,

Sírvanse mandarme datos clínicos respecto a la ANTIPHLOGISTINE, y una muestra de este medicamento.

Dr._____
Calle_____
Ciudad_____
Estado_____

LUIS GARRATON, P. O. Box 1541, San Juan,

Niños Alimentados con Leche "KLIM"



RENE MARTINEZ MAYOR,

Edad: 1 año 9 meses. — Peso: 38-½ Libras.
Alimentado con leche KLIM desde su nacimiento.

Crecen fuertes y saludables . . .

ANALISIS DE

KLIM

LA LECHE INTEGRA EN POLVO

Grasa (Manteca)	28.00%	2.33%
Caseína	21.28%	2.53%
Albúmina	5.46%	.65%
Lactosa	38.00%	4.53%
Resíduo	5.76%	.69%
Agua	1.50%	88.27%
Calorías por oz.	149	18.

1-½ onzas (135 grm.) para un litro de agua.

KLIM se Vende en Farmacias y Tiendas de Víveres.

Procúrela en su Colmado Favorito.

DISTRIBUIDORES:

PLAZA PROVISION COMPANY

SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII. | MAYO DE 1931. | Núm. 188.

EDITORIAL

SU ELEVADO IDEAL

En una carta del profesor Kitassato, célebre bacteriólogo japonés, discípulo de Koch, dirigida al Deutsche Medizinische Wochenschrift con fecha 21 de septiembre se lee, entre otras cosas muy elevadas, lo siguiente:

"...A nuestra ciencia médica, cuyo elevado ideal es no causar heridas, sino mitigar dolores y secar lágrimas". . . .

"La ciencia no persigue, como el comercio, los bienes materiales, sino se esfuerza en adquirir bienes generales, sino el universo entero sin límites políticos"...

Estos conceptos, nacidos del cerebro y alma de uno de los gloriosos modernos de la profesión, claramente indican la misión de la Medicina y la extensión de sus beneficios: ciencia de consuelo, de alivio, de salvación; no circunscribe su acción a un pueblo, a una raza, a una parte del globo: abraza a todo lo humano, y va a veces más allá de lo humano, y comprende a todo lo orgánico y a todo lo organizado además. Son su misión y amplitud excelsas. Y no terminarán mientras viva la humanidad sujeta a las miserias de la existencia y a la estrechez de medios de defensa contra los enemigos que nos cercan. Aún eliminados éstos, continuará la Medicina velando por la conservación de la salud, que es velar por la tranquilidad y felicidad de los hombres.

En esa misma carta Kitassato, por el olvido de los rencores que la guerra engendró entre aquellos pueblos que deben estar unidos para siempre por los vínculos de la ciencia más filantrópica que existe; por que no se entorpezca con pasiones, inverosímiles entre hombres de alta mentalidad, la marcha franca y abierta de las adquisiciones médicas; por que no se quite a la humanidad los beneficios de la paz en el espíritu de los sabios, unido por lazos invisibles desde uno a otro confín de la tierra. Por que la comprensión, acercamiento y similitud de esos espíritus sea tal que permita el milagro, ya realizado, de que el mismo Kitassato y Behring, a un tiempo, descubrieran un mismo germen, trabajando a distancia el uno del otro, pero unidos invisiblemente por el hilo luminoso de un idéntico esfuerzo y una misma orientación científica...

Sean efectivamente para la humanidad una sola mano las manos de todos los próceres de la ciencia médica, estrechadas hasta el punto de formar una sola y poderosa diestra. No más rencores incomprensibles, y que crucen las fronteras de cualquier país del globo, el libro y el periódico de medicina alemán, al par que el inglés, el francés, el ruso, el español o el sueco...

No se olviden las lápidarias palabras de Kitassato refiriéndose a la medicina: "Cuyo elevado ideal es mitigar dolores y secar lágrimas".

Con mucha satisfacción nos enorgullecemos al poder publicar en esta columna uno de los artículos de la obra Galénicas de nuestro distinguido compañero, Dr. Manuel Martínez Roselló, honra de nuestra clase Médica Puertorriqueña.—M. J.

HUMAN INFESTATION WITH FASCIOLA HEPATICA

REPORT OF A CASE OCCURRING IN PORTO RICO (*)

O. Costa Mandry.

Fasciola hepatica belongs to the group of parasitic trematodes of the liver, and is known as the liver fluke. It is commonly found as a parasite of sheep, oxen, goats, horses and other herbivorous animals. The trematode usually selects as its optimum habitat the biliary ducts in the liver.

In Porto Rico the disease is very common among ruminants. Parasitization with the fluke is abundant in certain areas of the island where infestation occurs in enormous numbers of cattle. Numerous epidemics of infestation of cattle with the fluke have been studied and autopsied animals have always shown the presence of the parasites in the liver. These epidemics were common whenever the cattle were raised in lowlands which were moist and marshy or frequently covered by water, or when animals were fed with grass obtained from such places. (14)

The disease is rare and accidental in man and although the parasite lodges in the bile ducts it occasionally strays and has been found in the portal and anterior tibial veins, the duodenum, lungs, subcutaneous tissues, ventricles of the brain, foci in and about the eye and in abcesses

When occurring in man, the disease is usually characterized by gastro intestinal and hepatic disturbances accompanied by vague pains in the epigastric region, anemia more or less secondary in type, at times jaundice and often accompanied by diarrhea. The liver shows evidence of a cirrhosis and the parasite is found lodged in the dilated bile ducts. The characteristic ova are generally found in the feces. The disease is in most cases diagnosed accidentally while making microscopic studies of the feces when the ova are found.

Fasciola hepatica is also commonly known as distoma hepatica, the Grande douve and fasciola humana. In Porto Rico it is generally known by the name "cucaracha" of the liver.

Life History of the parasite: (3-5)

The egg is fertilized in the oviduct and is discharged into the bile ducts of the host, passes into the intestines, gains access to the feces and is thus discharged outside the body. The ova are oval in shape, have a delicate light brown color, possess a thin but well defined shell or capsule, are operculated and measure generally from 130 to 145 microns in length and 70 to 90 microns crosswise. Outside the host, under suitable conditions and with sufficient moisture or when deposited in water, the embryo within the egg develops into a ciliated larva or miracidium which once matured

(*) Presented at the annual meeting of the Humacao Medical Society held at Fajardo, P. R. February 22, 1931.
From the Biological Laboratories of the Department of Health of Porto Rico.

escapes from the egg through the operculated portion and swims freely in the water until it finds the suitable host whence it gains access to it, penetrates into the *Mollusk* and then goes through different stages of development within the snail until it is finally discharged as a cercaria. This swims freely in the water sooner or later encysting in the form of little white spherules on various meadow, swamp grasses and water plants. When herbivorous animals or man accidentally swallow the encysted cercaria contained in swampy water or grasses, the cercaria leaves the cyst and migrates up the common bile duct into the biliary passages of the liver where it settles and grows to maturity whence the cycle is again repeated. The intermediate host is a snail of the genus Lymnea. Hoffman (7) has found that the intermediate host in Porto Rico is a snail of the group Lymnea cubensis which is very common throughout the entire area of distribution of the fluke.

The parasite has been occasionally found to infest man (*), several such cases being recorded in the medical literature of different countries, among which are included Porto Rico (1), Cuba (8), and Venezuela (11).

In Porto Rico there is record of two previous cases of human infestation with the parasite. The first case was discovered accidentally at an autopsy performed in Utuado in 1904 by Gonzalez Martinez (1) where the fluke itself was encountered in the biliary passages. The other case was also discovered by Gonzalez Martinez (**) at Utuado (1913) when he found the characteristic ova in the feces of an individual suffering from jaundice. (1)

By studying the accompanying chart which comprises a tabulation of 51,121 microscopic examinations of unselected fecal specimens made at the Biological laboratories of the Department of Health at San Juan and Ponce, together with the percentage of positive findings of the commoner parasites among these, one gains an approximate idea of the scarcity of human infestation with fasciola hepatica in the island of Porto Rico.

The Ponce laboratory receives the specimens from 23 towns (29.8%) in the southern part of the island with a corresponding population of 429,789 (27.1%) while the San Juan Laboratory comprises the northern section with 54 towns (70.1%) and a population of 1,114,124 (72.7%).

These examinations were performed on all fecal specimens sent routinely to the laboratories and comprise a period of ten fiscal years (1920-1930) for the San Juan laboratory and seven for Ponce (1923-30). The feces were studied by making smears and examining them microscopically. Within the past two years, at the San Juan Laboratory, all specimens found negative by this method were re-examined by the "brine flotation method" with saturated sodium chloride.

(*) Brumpt (3) mentions 50 as the number of cases reported until 1913, and Faust (5) also mentions about 50 as the number on record. Senevet and Champagne (12) have collected from the literature 103 cases in man. They also state that six cases have been reported in Algerie during a period of six years. The first case in Italy was reported by Giordano and Gelli (6) during 1930.

(**) Through the kindness of Dr. González Martínez we were able to examine some mounted specimens of the ova of this case, specimens which were prepared by him at that time (18 years ago) and which are in excellent conditions still.

INCIDENCE OF INTESTINAL PARASITES IN PORTO RICO (2)

	Percentage found positive		
	San Juan Lab.	Ponce Lab	Total
Uncinaria	18.3	18.8	18.4
Ascaris Lumbricoides	14.1	12.4	13.7
Trichuris Trichiura	40.8	39.7	40.5
Schistosoma Mansoni	0.64	2.3	1.08
Strongyloides Intestinales	1.46	3.1	1.87
Tenia Saginata	0.11	0.47	0.205
Tenia Nana	0.015	0.098	0.037
Tenia Solium	0.013	0.083	0.03
Cercomonas	0.21	1.3	0.5
Oxyuris Vermicularis	0.026	0.083	0.04
Amoebae (motile forms)	0.031	0.56	0.17
Balantidium Coli	0.029	0.061	0.037
Dibothriocephalus Latus (*)	0	0	0
Fasciola Hepatica	0	0	0
Mixed infestations	15.7	15.—	15.5
Positive any parasite	43.9	53.5	46.4
Total Number of Specimens Examined	37,934	13,187	51,121

REPORT OF A CASE

The case was diagnosed accidentally when the feces were brought to the Biological Laboratory at San Juan for investigation of ova of uncinaria or ascarides lumbricoides. During the routine examination an uncommon type of egg was encountered by Dr. J. Marques Torres. We immediately became interested in the case and studied the ova carefully. Portions of the feces were also sent by us to Dr. Hoffman of the School of Tropical Medicine who recognized the eggs as Fasciola Hepatica and furnished us with segments of flukes obtained from the liver of slaughtered animals to make comparisons of the ova.

Due to the kindness and cooperation of Dr. L. L. Biamón of San Juan, we were able to obtain a history and physical examination of the patient.

Patient is a white female, married, 45 years old, native of Puerto Cabello, Venezuela. Has lived in Porto Rico continuously for the past 8 years.

Complaint: diarrhea, weakness and increasing pallor.

Family History—Father died of cerebral hemorrhage. Mother died of uterine cancer.

Past History:—At the age of 15 was sick for some time with persistent diarrheas which were always followed by obstinate constipation. Had influenza during the big epidemic of 1918.

Present illness:—Last December, that is about three months ago, ate some fish which was sent to her by relatives in Venezuela. Shortly afterwards she was seized with abdominal pain and diarrhea. Other people in the family ate the fish without any untoward symptoms. About

(*) There is record of only one case of human infection with this parasite in Porto Rico (9)

a month afterwards without apparent cause was seized with diarrhea. The stools numbered about 50 in 24 hours and were of a greenish color, very fetid and watery. Since then the diarrhea has persisted on and off and the patient has been feeling weaker and getting pale. Has a peculiar cardiac oppression and a feeling of tightness in the throat.

Has lost about 8 to 10 pounds, her present weight being 103 pounds.

Patient feels occasionally very nervous and weak and has a feeling of impending collapse.

Physical examination: — Rather emaciated white female. Pulse, rapid—100 per minute. Respirations—frequent, 20 per minute. Peculiar red color in the palmar surface of both hands which feel very warm. Heart—slight murmur, not trasmitted, probably haemic in character. No enlargement.

Abdomen — soft but tender over the lower half and epigastric regions.

Liver normal, if anything diminished in size.

No definite physical signs were encountered in the examination.

LABORATORY EXAMINATIONS:

Microscopic examination of feces:

2/9/31 Ova of fasciola hepatica
Ova of trichuris trichiura
Ova of ascaris lumbricoides

2/13/31 Ova of fasciola hepatica
Ova of trichuris trichiura

3/2/31 Ova of fasciola hepatica
Ova of trichuris trichiura

3/28/31 Ova of fasciola hepatica
Ova of trichuris trichiura

Estimation of the number of ova per gram of feces: (*)

	3/2/31	3/28/31
Fasciola hepatica ...	100	44
Trichuris trichiura ..	33	22

2/11/31 Blood chemistry (mgs. per 100cc)

Non protein nitrogen . . .	49.5
Urea Nitrogen	27.0
Uric acid	3.84
Creatinine	1.31
Glucose	93.0
Chlorides	600.0
Calcium (total)	10.1
Icteric index	8.1

(*) Three grams of feces are carefully weighed and suspended in 45 cc. of distilled water in a large test tube containing glass beads and the suspension well mixed by gentle skaking. 0.15 cc. of the mixture is placed on a clean slide, covered with a large cover glass and the eggs counted, using a 16 mm. dry objective lens. A mechanical stage is used to insure thorough examination of the whole preparation. Five different 0.15 cc. portions are examined and the test repeated again. The average obtained in ten counts, multiplied by 100 gives the number of eggs per gram of feces.

BLOOD STUDY:

	2/9/31		3/28/31
Total erythrocyte count per c.mm.	3,010,000	—	4,712,000
Total leucocyte count per c.mm.	7,750	—	7,600
Hemoglobine (Dare %)	75	—	85
Color index	1.2	—	0.9
Differential count:			
Lymphocytes (%)	25	—	24
Eosinophiles (%)	7	—	4.4
Poly. neutrophiles (%)	68	—	69
Basophiles (%)	0	—	1
Transitionals (%)	0	—	1
Malarial parasites	none found		

3/3/31 Wassermann reaction (0.4% cholesterinized antigen)

0.15 cc. of serum	Negative
0.1 cc. of serum	Negative
0.05 cc. of serum	Negative

Kahn test . . . . . Negative

3/3/31 Urine examination:

Volume	850 cc.
Color	light yellow
Appearance	cloudy
Reaction	neutral
Specific gravity	1.009
Albumen	trace
Glucose	negative
Indican	normal
Biliary salts	negative
Biliary pigments	negative
Urea	3.50 gms. x 1000
Chlorides	4.50 gms. x 1000

Sediment:

Renal cells—moderate amount.
Hyaline and granular casts—moderate number.
Pus cells—few.
Vesical epithelium—few.
Vaginal epithelium—abundant.

DISCUSSION:

There are several points which merit discussion. The mode of infection, that is how did the patient become infected, and when did she contract the illness, whether in Venezuela 12 or 15 years ago and has lived with it all this time or did she contract the disease in Porto Rico, since her return. It is difficult to answer this with certainty. In the case of Schistosoma Mansoni the time which the parasite may remain alive in the portal veins is considerable. Baujean (3) observed cases in which the trematode remained alive for a period of at least 17 years.

In a case of clonorchis sinensis (another liver fluke) Watson (3) demonstrated the presence of parasites in the liver at the autopsy of a Chinese who had left China and lived continuously in Panamá for a period of 20 years.

In human fasciola hepatica infestation, Guiart (3) claims that the maximum length of life of the parasites in the bile ducts is only 4 years.

The only noteworthy physical signs were the cardiac murmur which appeared to be haemic and was neither tran-

smitted nor accompanied by cardiac enlargement, and the peculiar pink coloration and hot feeling of the palmar surfaces of both hands. Although there was no actual jaundice noticed, the icteric index of the blood was slightly increased.

The scarcity of human infestation with distoma hepatica as compared with the incidence of other parasites found in Porto Rico is interesting. Undoubtedly the fact that man as a host does not offer the fluke as suitable conditions for its development as herbivorous animals do, and the complicated mechanism of infection and cycle of development of the parasite are responsible for this as the "encysted cercaria" or infective stage of the parasite gains access to the liver of the affected individual by way of the digestive tract. Infection with other flukes in which the mechanism of infection is not quite so complicated such as bilharzia mansoni is frequent in Porto Rico especially so in certain localities in the south of the island where the incidence of infection is high.

TREATMENT

Male fern (Filix mas) has been used with sucess in the United States in the treatment of the condition in cattle (14). It is also recomended in human cases in the dose of 0.1 cc. per kilo of body weight. (5) Experiments with carbon tetrachloride, tetrachlorethylene and carbon disulfide in the treatment of Distomatosis (liver rot) in cattle have been made, (10) Large doses of carbon tetrachloride (50 and 100 cc.), tetrachlorethylene (50 cc.) and carbon disulfide (20 cc.), apparently have not destroyed all the flukes lodged in the liver. However, daily small doses of the same drugs have shown some efficiency as therapeutic agents. Since these drugs have been used with varying degrees of success in the treatment of the condition in cattle, they can also be tried on man using appropriate amounts.

Gentian violet is also recommended in the treatment of the condition in man (4—13) since it has been found to give good results in the treatment of human infection with clonorchis sinensis which is another parasitic trematode of the liver very common in China.

In the case here presented the patient was placed under symptomatic treatment, proper feeding and attention to the different symptoms as they appeared.

Gentian violet prepared in enteric coated pills (National Aniline Company) was used as a parasiticide. One tablet (1/3 gr.) was gien three times daily to start with. At first the drug produced marked nausea and gastro-intestinal disturbances. Time alone will decide whether the drug will effect a permanent cure.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1.—A case of human infestation with fasciola hepatica is presented.
2.—The condition in man is very rare in Porto Rico there being only two previons cases reported in the literature.
3.—Infestation among herbivorous animals is very common in the island especially so among cattle.
4.—The positive percentage of infestation with the commoner intestinal parasites in Porto Rico, is presented in a table comprising 51,121 fecal examinations performed during a period of ten fiscal years on specimens sent from all over the island.
5.—Treatment with enteric coated gentian violet tablets was instituted.

NOTE:—After the present paper was already in press a second case of Fasciola Hepática was discovered accidentally at the Biological Laboratory at San Juan.

The patient in question is a white female, 29 years old, and single. A short history of the case reveals the fact that she often has attacks of diarrhea upon getting up in the morning, which last two or three days, clear up, and remains well for a time. Occationally she has slight nausea in the morning and a feeling of fullnes safter eating. She has never suffered from jaundice. The patient is a native of Porto Rico has never left the island and has lived all the time in Santurce, a suburb of San Juan.

The feces were sent to the Laboratory as a routine measure when the patient applied for a Health certificate. It is the policy of the Health Department to compell all the applicants for health certificates to have a feces examination made with the idea of giving treatment to those patients having uncinaria or other intestinal parasites. The feces revealed the presence of ovas of Fasciola Hepatica on May 5 and again at a second examination performed on May 7. A blood count done on the patient showed a total red blood count of 4,400,000 per cubic millimeter with a hemoglobine content of 90% (Dare). The differential count showed:

12% eosinophiles.
24% lymphocytes.
64% polymorphonuclear neutrophiles.

REFERENCES

1—Ashford, B. K. and Gutierrez Igaravidez, P.
Uncinariasis in Porto Rico.
Senate document 808; 61st. Congress: 130-131 U. S. Printing Office 1911.

2—Biological Laboratories — Department of Health of Porto Rilo.
Annual reports—1920-1930.

3—Brumpt, E.
Precis de Parasitologie,
13th. Edition: 325-341
Masson et Cie—Paris—1922.

4—Faust, Ernest Carroll—
Personal Communication.

5—Faust, Ernest Carroll—
Human Helminthology
Lea & Febiger— 1929.

6—Giordano, M. and Gelli, G.
Case of fasciola hepatica infestation in Man.
Arch. Ital. Sci. Med. Colon
1930, 2 No. 1:5-10.
(Abst.) Trop. Dis. Bul. 1931, 28:182.

7—Hoffman, W. A.
The intermediate host of fasciola hepatica in Porto Rico.
P. R. Jr. of Pub. Health and Trop. Med.
Sept. 1930, **VI.** No. 1,: 89-90.

8—Hoffman, W. A. and Guerra, A.,
Distoma Hepático originando un absceso muscular.
Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.
1923, 28 No. 16: 558.

9—Martínez Alvarez, A.
Preliminary report of a case parasited by bothriocephalus latus.
P. R. Health Rev. Dec. 1925,
Vol. 1, No. 6: 5-9.

10—Report of the Porto Rico Agricultural Experimental Station (1928)
Dec. 1929: 36-37.

11—Risquez, Jesús Rafael.
Un siglo de Parasitología Nacional 1828-1928.
Tipografía Americana, Caracas, 1929.

12—Senevet G. and Champagne R.
Case of Fasciola hepatica infestation.
Arch. Pasteur Inst. of Algerie
1929, 7 No. 2: 207-216.
(Abst.) Trop. Dis. Bul. 1931, 28: 182.

13—Stitt, E. R.
Diagnosis and Treatment of Tropical Diseases.
5th. Edition, Blackiston, 1929.

14—Varas-Catala, Juan
Afecciones parasitarias más comunes del ganado vacuno de Puerto Rico.
Revista de Agricultura de Puerto Rico.
Diciembre 1929: 144.

UN CASO DE ANEMIA CEREBRAL AGUDO EN ANESTECIA INTRARAQUIDEA (*)

M. Diaz Garcia

Prevalece aún la idea de que cualquier procedimiento quirúrgico como cualquier método de anestesia puede ser usado rutinariamente:—Tal es un error. Tal método de anestesia o tal procedimiento quirúrgico, sólo es aplicable al caso indicado. Así pues, creemos un gran error usar rutinariamente las anestesias intrarraquídea, el éter, el gas nitroso, el etileno, etc.

La anestesia intrarraquídea se ha hecho sentir muy hondamente en nuestro juicio quirúrgico desde que tuvimos la oportunidad, de observar por cuatro años, ante los trabajos admirables de Wayne W. Babcock; trabajos que indudablemente creemos no puedan ser superados.

En su iniciación la anestesia espinal fué duramente atacada, pero sus indicaciones precisas y sus grandes ventajas, le han hecho indiscutible en casos seleccionados, usándose universalmente, hoy día.

Es un grave error, de parte de los cirujanos, el creer que es más fácil administrar y cuidar de una anestesia intrarraquídea que una de las anestesias generales usadas, como el éter sulfúrico. Si recordamos que la anestesia no puede ser controlada una vez inyectada en el canal espinal y que es imposible evitar las alteraciones que produce el agente anestésico en los centros nerviosos espinales después de administrada la droga, se ve claramente que hay una situación grave que está fuera de prevención consciente del anestesiador. El uso de soluciones de igual densidad, como lo es el líquido cefalorraquídeo reinyectado como diluyente; soluciones de menos densidad que el líquido con la posición del enfermo con la cabeza baja (Trendelemberg) son de gran ayuda para evitar el ascenso del líquido anestésico; siendo la posición en sí muy conveniente para producir una circulación cerebral más satisfactoria. Extendiéndose la anestesia y la parálisis a la región torácica (2da. lumbar de la médula) es inevitable una parálisis de los vasos motores general, por interrupción del funcionamiento de los vasos-motores en todo el cuerpo (2do. segmento torácico al segundo segmento lumbar).

Experimentos en animales (perros) demuestran que la falta de circulación (anemia) cerebral en estos durante 5 minutos, (cuando el animal recupera), produce trastornos mentales, indicando claramente lesiones permanentes cerebrales. Si este estado de anemia cerebral se prolonga de 6 a 7 minutos la muerte del animal es inevitable.

Aplicados estos estudios a la condición circulatoria y a la baja presión de sangre producida por la anestesia intrarraquídea es de esperarse que fenómenos similares son los que ocurren en seres humanos. Si el estado general del enfermo, la presión de sangre muy baja, la depresión cardio-vascular o respiratoria, fenómenos muy corrientes en la anestesia intra-espinal, no se atendiesen a su debido tiempo, llevarían al enfermo a un punto donde no habría garantía a su vida. No debe, por consiguiente, creerse que sería juicioso administrar una anestesia intrarraquídea donde no se tenga a disposición un equipo que responda inmediatamente a la llamada de S. O. S. del cirujano.

(*) Trabajo presentado en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Arecibo, celebrada en Vega Baja en Oct. 1930.

El estudio del signiente caso hace resaltar los puntos expuestos, no extendiéndonos en consideraciones que son nociones indispensables al juicio de todo cirujano.

P. R.—NUMERO 1395.

Mujer, negra, de 40 años de edad, soltera, Historial Clásico de Fibroma Uterino.

Historial Familiar:—No tiene importancia.

Exámen físico:—No tiene importancia, a excepción de un tumor del tamaño de una toronja en el bajo vientre diagnosticado como fibroma uterino. El exámen general era negativo.

Presión de sangre 110/80.

La enferma es operada dos días después de su admisión, 10|1|30, siendo llevada a la sala de operaciones y administrados 150 mg. de "Spinocaine" en el segundo espacio lumbar a las 7:35 A. M.

A las 7:40 se empezó la operación. A las 7:44 le hicimos una histerectomía supra-vaginal, incluyendo ambas trompas y ovarios y extirpamos un fibroma con un diámetro de 5 pulgadas.

Cuando empezábamos a peritonizar la pelvis, notamos que la enferma no respiraba, el pulso no se sentía ni aún en la aorta abdominal y todo parecía que se trataba de un caso de muerte. Inmediatamente se dió respiración artificial (método de Babcock), empezándose a poner suero intravenoso, el cual tuvo que ser suspendido cuando apenas se habían introducido 60cc. debido a trastornos en el aparato de suero. Se inyectó ½ ampolleta intracardiaca de adrenalina. Mientras tanto, con la mano introducida sobre el diafragma, dábamos masajes cardíacos, al mismo tiempo manteniendo la respiración artificial. El masaje cardiaco lo habíamos empezado desde el momento que notamos la aparente muerte de la paciente, ayudando con la misma maniobra con la otra mano a la respiración artificial.

La inyección intravenosa, de adrenalina, así como la intracardiaca pasados más de dos minutos no parecía haber hecho efecto alguno. A los 4 minutos y 20 segundos de estar dando el masaje cardiaco, o sea desde que notamos que no había impulso cardiaco y que la muerte era aparente, notamos una *silueta* de la sacudida cardiada hacia la parte posterior del diafragma en relación al sitio donde teníamos la mano masajando el corazón. La sacudida cardiaca se repitió al cabo de unos segundos, aumentando en repetición y manteniéndose hasta que antes de 5 minutos el pulso podía sentirse en la radial (120) y la presión sistólica de la sangre había subido a 45 mg.

La operación fué terminada, estando la enferma en un estado de inconsciencia, pero tendiendo a mover la cabeza aunque bastante tranquila. Se administró suero intravenoso y a las 8:30 A. M. fué sacada de la sala de operaciones, con una presión de 75 sistólica y un pulso de 120. Su estado general parecía bastante bueno, pero continuaba sin conocimiento y parecía como si estuviese saliendo de un ataque epiléptico.

El curso post-operatorio no tuvo consecuencia que lamentar, en cuanto a su operación en sí, pero el estado de inconsciencia, como si se tratase de un epiléptico que está pasando el ataque, duró por más de 5 días, estando ya la paciente al octavo día consciente y siendo dada de alta en Octubre 19, 1930, en un estado aparentemente normal; sin embargo, su médico que la conocía de antes, encontraba que aún tenía trastornos mentales que no eran naturales en ella. Después de esto, el mismo médico nos ha confesado que no encuentra nada anormal en la paciente.

RAQUIANESTESIA (*)

B. Dávila

Corning en 1885 fué el primero en sugerir la raquianestesia; pero esta no fué practicada hasta el 1898 cuando Bier por primera vez la practicó, usando cocaína como el agente anestésico. Esta droga era muy tóxica y por lo tanto el método no resultó aunque Tuffier de Francia siguió empleándolo. En 1904 Fourneau descubrió la estovaina y entonces por segunda vez renació la raquianestesia. La novocaina se descubrió en el mismo año y siendo la menos tóxica de todo este grupo muy pronto reemplazó a todas las otras drogas.

En la actualidad la raquianestesia es quizás la anestesia más popular en todo el mundo y en los Estados Unidos se está usando en todas las clínicas y hospitales de primer orden. En los Estados Unidos ese progreso de la raquianestesia se debe al trabajo de hombres como Pitkin, Labat, Babcock y otros.

La primer demostración del uso de la posición de Trendelenberg en anestesia espinal tuvo lugar en 1920 en el hospital St. Mary de la clínica Mayo por Gaston Labat. Con gran dificultad se pudo conseguir el permiso del paciente puesto que entonces había un prejuicio terrible contra la anestesia espinal. Hoy este prejuicio ha desaparecido y este método de anestesia ha venido para quedarse para siempre. Como ha crecido la popularidad de la raquianestesia se puede ver comparando los artículos publicados en el 1921 con los publicados en el 28y 29. En el 21 se publicaron 3 artículos mientras que en el 28 se publicaron 51 y en el 29 se publicaron 55.

El campo de la raquianestesia es vasto. Se usa no solamente en la cirugía abdominal y de las extremidades inferiores sino que se emplea también en la cirugía del pecho, en la obstetricia, y en el diagnóstico. Dr. Hornan de Nueva York usa la raquianestesia en su trabajo quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. Por el método que usa inyectando 250 a 300 mgs. de novocaina disueltos en el fluído céfalo-raquidio, él obtiene una anestesia que se extiende hasta la cara y algunas veces de todo el cuerpo. La emplea para cortar la primer costilla en la torocoplástica. En la obstetricia este método de anestesia tiene un campo admirable debido a que las contracciones de la matriz siguen durante la anestesia. La raquianestesia es útil también en el campo diagnóstico. Vean lo que dice W. J. Mayo sobre este particular: "Spinal anesthesia has the great advantage in cases of probable intestinal obstruction that if no true mechanical obstruction exists, gas and perhaps intestinal contents will pass by the rectum within fifteen or twenty minutes. Therefore, if gas and intestinal contents are not passed after a spinal anesthetic has been administered, mechanical obstruction may be assumed to be present and advantage can be taken of the anesthesia for inmediate operation".

(*) Trabajo presentado en la Asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao celebrada en Fajardo del 22 de Febrero de 1931.

FISIOLOGIA: Para obtener buenos resultados con la raquianestesia y para evitar accidentes es muy importante conocer bien la fisiología de esta anestesia. ¿Cómo afecta esta inyección al organismo humano? De la manera siguiente. Del margen de anestesia hacia abajo hay una parálisis de los nervios motores, sensores y simpáticos. Debido a la parálisis vasomotor hay una dilatación de los vasos sanguíneos especialmente, en la zona esplácnica, resultando una depresión en la presión arterial. La depresión puede variar entre 0 y 40 o más, dependiendo del nivel de anestesia. ¿Cómo afecta a corazón? Los nervios que inhiben las funciones del corazón o sean los vagos siguen funcionando normalmente pero la fibras simpáticas derivadas de las raíces 4 y 5, cuando la anestesia es alta se paralizan y el resultado es que las pulsaciones cardíacas bajan a veces hasta 50. Durante la raquianestesia el organismo humano se divide en dos zonas una que está normal y una paralítica de todas sus funciones. Debido a la parálisis vasomotriz los vasos se dilatan y la sangre podríamos decir se pierde en esta zona. Si todos los nervios vasomotores se paralizan y se levanta la cabeza del paciente éste se queda sin pulso, y debido a la anemia cerebral inconsciente. Es muy importante recordar este detalle puesto que todos los accidentes que suceden durante la raquianestesia se deben a una anemia de los centros vitales.

La clave de la raquianestesia es mantener una circulación cerebral adecuada durante la anestesia y esto se consigue manteniendo el paciente en posición Trendelenberg marcada durante la anestesia y por lo menos tres horas despnés de la operación. El objeto de la posición de Trendelenberg es mantener la circulación cerebral en buenas condiciones por el fenómeno de gravedad. Este es el punto primordial en la raquianestesia y de ello depende lo más importante, la vida del paciente. Durante la anestesia el paciente debe ponerse en esta posición inmediatamente despnés de la inyección o lo que es mejor la inyección se debe dar con el paciente en esta posición desde un principio.

Muchos doctores que usan la anestesia espinal usan rutinariamente la efedrina preoperativa y así lo recomienda Pitkin. También durante el curso de la anestesia si la presión baja mucho usan adrenalina para subirla. Estas drogas son peligrosas durante la raquianestesia, y de acuerdo con Labat han sido la causa de algunos de los accidentes de la raquianestesia. Ya dije que durante la anestesia el organismo está dividido en dos zonas una normal que responde a éstas drogas y una paralizada que no responde. La efedrina y adrenalina estimulan los nervios vasomtores resultando en un aumento de la presión arterial; pero durante la raquianestesia estas drogas no afectan el área anestesiada y suben la presión estimulando el área normal. Sabemos que estas drogas reducen el volumen de los vasos y naturalmente la cantidad de sangre que circula es menos de modo que la circulación cerebral, la base de la anestesia espinal se disminuye bajo la acción de estas drogas. Si alguna droga se debe emplear debe ser una que estimule el corazón y que si algún efecto tiene en los vasos sea el de dilatarnos por ejemplo la cafeína.

Queremos presentar a esta honorable asamblea un grupo de 103 casos en que hemos empleado la raquianestesia. De

esta serie en 21 casos hemos usado la anestesia para operaciones en la parte superior del abdomen; y el resto para operaciones del ombligo abajo incluyendo las extremidades inferiores. Esta serie consiste de 27 hernias inguinales, 30 operaciones ginecológicas incluyendo 4 histerectomías subtotales; 15 apendicitis, 9 casos de obstrucción intestinal, 3 exploraciones del estómago, 1 resección parcial del estómago con una gastroenterostomía posterior (esta operación fué practicada por el Dr. Pereira), 3 operaciones de vesícula biliar, 2 casos de peritonitis, 2 hernias umbilicales, 2 cesarias, 1 litotomía suprapúbica, 1 caso de un tumor en la parte superior del abdomen que resultó ser una aneurisma del aorta abdominal, y 7 operaciones de las extremidades inferiores. En esta serie no ha habido ninguna muerte a causa de la anestesia.

Nuestra técnica consiste de 3 factores principales a saber:

1—Punción anatómica de la espina dorsal,

2—Inyección del agente anestésico,

3—Posición de Trendelenberg *inmediatamente* después de sacar la aguja.

Hacemos la punción, después de haber anestesiado el curso que ha de seguir la aguja con 2 cc. de novocaina al 1%, en cualquier espacio dentro de las vértebras número 4 lumbar y la número 12 dorsal, el espacio seleccionado dependiendo del nivel de anestesia deseado. Hacemos la punción en posición horizontal. Empleamos la aguja de Labat número 80|11 y la jeringa especial que viene con esta aguja. Como material anestésico usamos la espinocaína de Pitkin en ampolletas de 2 cc y la neocaína de Corbiere. Ambas drogas son buenas pero preferimos la espinocaína porque produce menos náusea y vómitos, es más fácil para dar, y es más barata. No usamos efedrina y adrenalina preoperativa o durante el curso de la anestesia. Después de haber cogido el canal, dejamos escapar 2 cc. de líquido cefalo-raquídeo e inyectamos la espinocaína con barbotaje. La idea del barbotaje es mezclar bien el agente anestésico con el fluído espinal de esta manera logrando que el anestésico suba más. La cantidad de barbotaje que se practica depende del nivel de anestesia que se desee. A los 2 cc. de espinocaína añadimos líquido céfalo-raquídeo hasta hacer la cantidad 5, inyectamos la mitad y aspiramos más líquido. Esto se puede repetir 2, 3 ó 4 veces según el nivel de anestesia necesario. Inmediatamente después de sacar la aguja ponemos al paciente en posición de Trendelenberg marcada y lo tenemos en esta posición durante la operación y por tres horas después de ésta. Durante la operación usamos cafeína subcutáneamente cuando el paciente se siente mareado o tiene náuseas y vómitos. Siempre tenemos a la cabecera del paciente una nurse que toma y anuncia la presión arterial, el pulso y la respiración cada 5 minutos. Además para parar las náuseas y vómitos hacemos que el paciente respire hondo con la boca abierta y se le pasa hielo por el cuello y la cara. Verán ustedes que la técnica es simple.

Esta anestesia como todas tiene también sus desventajas como lo son:

1—En algunos casos la inyección fracasa y no produce anestesia.

2—En otros no sube hasta el sitio deseado.

3—La anestesia dura de hora y cuarto a hora y media y cuando se trata de una operación muy larga hay que terminar

con otra anestesia, de cualquier manera es preferible dar éter por media hora más a darlo por dos horas o más, por el bien del paciente.

En cuanto a contra indicaciones de la raquianestesia creemos que esta anestesia no debe usarse en casos demasiado obesos puesto que durante la anestesia el peso de las víceras hacen dificultuosa la respiración debido a la posición del paciente. No debe emplearse en personas cuya presión sistólica baje de 80; ni tampoco en personas que tengan una presión arterial muy alta. También está contra indicado en casos que sufren de enfermedades del sistema nervioso, como tales, tumores cerebrales etc.

No vacilamos en recomendar la raquianestesia, siempre que al practicarla el médico esté seguro de su técnica y fisiología y la recomendamos porque:

1—Es la menos tóxica y la menos que perjudica al paciente puesto que no afecta al corazón, pulmones, riñones o al hígado. Es la anestesia por excelencia en los casos que sufren de enfermedades crónicas de los órganos arriba mencionados. Las complicaciones pulmonales posoperativas son muy raras.

2—Produce relajamiento completo y perfecto de los músculos. Los intestinos podríamos decir se pierden en la cavidad abdominal, estas 2 condiciones hacen el campo de anestesia ideal para trabajar.

3—Debido a la presión baja que existe la hemorragia es menos.

4—No hay náuseas y vómitos después de la anestesia y la timpanitis postoperativa molesta muy poco al paciente, muy diferente, de los otros anestésicos.

5—Se puede dar alimento al paciente, si la operación lo permite, durante o inmediatamente despnés de la operación, de esta manera haciendo la convalescencia más corta y redneiendo el período de hospitalización.

BIBLIOGRAFIA

Babcock textbook of Surgery. 561-575

Labat Regional Anesthesia.. 489-512

Surgical Clinics of North America

December 1929 ..... 1369-1379 y 1387-1395

June 1930 ..... 496-501 y 671-682

December 1930 1511-1528

DECADENCIA DE LA FE MEDICA

A. Montalvo Guenard

Si comparamos la fe que tenían los antiguos por la clase médica y por todo aquello que con la medicina se relacionaba, con la que tiene hoy en día la mayor parte de la gente, por esta misma clase, muy pronto notaremos hay una gran decadencia o pérdida de esta fe.

No sabemos a ciencia cierta a qué se debe este enfriamiento por parte del público, solamente podemos señalar algunos factores que pueden haber contribuído a formar tal ambiente de indiferencia hacia el médico.

Diremos que tal vez un grado de mayor cultura en el pueblo ha desvanecido aquellas falsas creencias que del médico y de la medicina se tenían en el pasado.

Hasta no hace mucho tiempo se le tributaban al médico los honores de un sér superior a los demás hombres y la imaginación pública lo envolvía en una aureola llena de fantasía que lo hacía aparecer como algo divino ,con un poder extraño que emanaba de fuentes ocultas. Por estas misteriosas ideas y por su ciencia, cuando un médico penetraba en el recinto entristecido de algún enfermo parecía que todo se llenaba de luz y que una esperanza consoladora nacía en cada corazón.

No queremos significar que en el presente se haya alejado del médico toda confianza, respeto y cortesía a que es acreedor por sus conocimientos; pero sí deseamos llamar la atención de que junto con la desaparición de todo aquello superfluo, que la mente pública había forjado, se ha ido también parte de esa confianza que el público tenía puesta en él.

Para aquellos compañeros que se interesan con más devoción por el progreso social y cultural de nuestra clase, no se les escapará a su mente, que son culpables también de este estado de cosas, aquellos compañeros poco escrupulosos que sin reparos, actúan de una manera impropia en su labor profesional, redundando como es natural, en perjuicio de toda la clase médica.

Es cierto que muchas veces no está justificado el resentimiento público hacia algunos médicos, pues bien sabemos que cuando por ajena circunstancia algún médico no ha podido servir profesionalmente a alguna persona, ésta se ha considerado ofendida y con motivos suficientes para zaherir su reputación.

Por otro lado, hay que considerar que las condiciones económicas en que se desenvuelve nuestra vida actual ponen una barrera enorme entre el médico y el público. Ya no puede el médico dar su tiempo, ciencia y paciencia, gratuitamente a un gran número de pacientes, como lo hacía antaño, pues hoy en día tiene que trabajar mucho para conseguir cubrir medianamente sus necesidades. Además, mientras el médico, por un altruismo legendario, no cobra como debería cobrar sus honorarios a un sin número de

pacientes, éstos gastan en cosas innecesarias el dinero que el *buen* médico les ha ahorrado.

Para terminar, permítasenos decir que sería tedioso continuar ennumerando, en este trabajo, todas aquellas cuestiones que se entrelazan con este tema, en las relaciones profesionales del médico con el público, lo que en realidad constituye un problema trascendental de orden social-económico el cual tarde o temprano tendremos que abordar, con serenidad, intedremos que abordar, con serenidad, inteligencia y valentía para tratar de resolverlo. Mientras tanto, tratemos por todos los medios posibles de conservar incólume el verdadero prestigio de nuestra clase, para que perdure la confianza, el respeto y estimación que nos han legado nuestros antepsados.

AVISO:

La directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico quiere anunciar a todos los compañeros médicos que cuando tengan trabajos para el Boletín de la Asociación Médica pueden usar la mecanógrafa de la Asociación que se encuentra en el edificio, parada 19, todo el día para que les pase el trabajo en maquinilla.

Se suplica a los médicos que hagan abstractos de los artículos que leen y los envíen al Boletín para publicarlos en la columna de Revistas de Revistas. Estos abstractos se los pueden dictar también a la empleada para que ella los pase en maquinilla.

ERRATA

En el último número del Boletín correspondiendo a abril 1931, No. 187, en el anuncio titulado "LA CHISPA", que se encuentra frente a la página editorial (133) hay un error que queremos corregir:

En dicho anuncio el producto OMNADINA aparece fabricado por la casa Winthrop cuando en realidad debe decir: H. A. METZ LABORATORIES INCORPORATED, 170 Varick St., New York. El representante de dicho producto en Puerto Rico es el SR. SCHOMBURG.

AVISO:

La Asociación Médica de Puerto Rico ha preparado tarjetas al igual que la Asociación Médica Americana para enviar una de éstas tarjetas a todos los socios que hayan pagado el año completo y que les acredite como socios. (fellows)

Estas tarjetas son pequeñas y pueden llevarse en el bolsillo con facilidad.

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

Asamblea científica de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

El 4 de mayo y a iniciativa de la Directiva de esta Asociación, dirigida por su Presidente, Dr. Rolenson, y su Secretario, Dr. Oliveras, se llevó a cabo en los salones de la Asociación Médica la primera conferencia científica de este año.

La conferencia estuvo a cargo de nuestro Presidente, Dr. Manuel Díaz García, quien habló sobre TRAUMATISMOS AGUDOS INTRA-ABDOMINALES. La conferencia fué un éxito y felicitamos a la Directiva de dicha Asociación exhortándoles a que continúen estas conferencias que tanto bien hacen a la clase médica.

Dr. P. Morales Otero

Durante el mes en curso regresó a Puerto Rico, después de una ausencia de ocho meses este distinguido miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico. El Dr. Morales vuelve a la Escuela de Medicina Tropical a ocupar el puesto de Profesor ayudante de Bacteriología.

Dr. A. Fernós Isern:

El 19 de abril embarcó hacia Estados Unidos en asuntos oficiales del Departamento que dirige, este distingnido compañero actual Comisionado de Sanidad de Puerto Rico.

Banquete homenaje.

El día 17 del mes de abril, los altos empleados del Departamento de Sanidad compuesto en su mayoría por médicos, miembros distinguidos de la Asociación Médica, ofrecieron un banquete homenaje en el Hotel Condado a los doctores Fernós Isern y Ramón J. Sifre. El banquete fué ofrecido a nombre de los empleados del Departamento por el Dr. Osvaldo Goyco, quien a su vez nombró al Dr. Lavandero como maestro de brindis, haciendo uso de la palabra durante el curso del banquete los doctores Payne, Ramón Goyco, Gutiérrez Ortiz, el señor Manuel Pérez, los doctores Mc. Kinley, Costa Mandry, y los homenajeados, doctores Sifre y Fernós.

El día 19 de abril la Asociación Médica de Puerto Rico, en justa recompensa al alto honor conferídosele a los doctores Antonio Fernós Isern y Ramón J. Sifre al ser exaltados a los puestos de Comisionado y Sub-Comisionado de Sanidad, les rindió un homenaje en la forma de un banquete celebrado en el Hotel Condado y al cual asistieron alrededor de 100 comensales. Ofreció el banquete a nombre de la Asociación Médica de Puetro Rico, nuestro Presidente, Dr. Díaz García, quien entre otras cosas hizo saber que en cada uno de los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico había un Comisionado de Sanidad latente. El Dr. Díaz García nombró a nuestro querido compañero, a nuestro orador, a nuestro representante cuando hay que demostrar que entre los médicos contamos también con buenos oradores, al Dr. Víctor Gutiérrez Ortiz, quien antes de pasar a la presentación de los oradores de la noche, hizo un discurso brillante y elocuente a tono con su justa y reconocida fama. Hicieron uso de la palabra el Hon. Gobernador de Puerto Rico, el Hon. Presidente del Senado, el Hon. Comisionado Residente en Washington, y los doctores Fernández García, Susoni, Robert de Romeu, Pavía Fernández, Goyco, Gutiérrez Igaravidez, Pasalaqua, Figueroa, y los homenajeados doctores Sifre y Fernós.

Recordar es vivir

Encontrándose de Paso en Puerto Rico el Mayor Aníbal Trujillo, hermano del Presidente de la República de Santo Domingo, y el Capitán Oliva, Director del Hospital Nacional, varios médicos y amigos, todos miembros de la Misión Médica Puertorriqueña que fué a Santo Domingo a raíz del ciclón de San Zenón, en cuya época tuvieron oportunidad de cultivar la amistad de estos dos amigos, y que han querido recordar aquellos tiempos dándoles un almuerzo en su honor que se celebró en la finca de Don Julio Seijo en Guaynabo el día 7 de mayo, 1931.

Se encontraban presentes además de los homenajeados, y algunos miembros de la Misión, el Dr. Ramón J. Sifre, Comisionado de Sanidad (interino), el Hon. Cónsul de Santo Domingo en Puerto Rico, Sr. René Lluberas, el Sr. Rañl Cosme Fernández, canciller del consulado dominicano, el Sr. Seijo, el Sr. Berríos, y el Sr. Zenón Díaz.

Los miembros de la Misión que dieron este homenaje fueron los doctores Ramón Lavandero, Eurípides Silva, Oscar Costa Mandry, Ramón Berríos Berdecía, Ezequiel Martínez Rivera, Pedro Gutiérrez Igaravídez, Manuel Díaz García, el Ingeniero Pedro Otero, el Capitán Antonio Silva, Manager de la Cruz Roja de Puerto Rico y el Sr. Luis Saldaña, Técnico Bacteriólogo del Departamento de Sanidad.

En este acto reinó la más estrecha amistad y se recordaron aquellos días de amargura y sinsabores que sirvieron para estrechar los lazos de hermandad entre los dominicanos y los puertorriqueños. Actuó de Director de Brindis el Dr. Costa Mandry llamando a hacer uso de la palabra al Hon. Cónsul Dominicano, al Capitán Silva de la Cruz Roja, al Dr. P. Gutiérrez Igaravidez, y a los homenajeados.

El Dr. Sifre y el Dr. Díaz García tuvieron que retirarse antes de la terminación del banquete por haber sido llamados de San Juan.

Cursos Post Graduados en París.

La Facultad de Medicina de París anuncia cursos Post graduados durante junio y julio de 1931. Estos cursos se conducirán bajo los auspicios de la Asociación para el Desarrollo de Relaciones Médicas que tiene el endoso del Gobier- Francés.

Los cursos se conducirán en inglés, y habrá clínicas, conferencias y demostraciones en los grandes hospitales de París por los más eminentes médicos de Francia. Se cobrará nna cuota y los estudiantes recibirán un certificado al terminar.

Información más detallada podrá obtenerse del Prof. E. Hartman, Presidente, Facultad de Medicina de París, 12 Rue de L'Ecole de Medicine, París o del Dr. Frank Smithies, 920 North Michigan Ave. Chicago, Illinois.

Cursos Post Graduados sobre Oídos, Nariz y Garganta.

La Universidad de Bordeaux, Francia, dará un curso sobre la cirugía de oídos, nariz y garganta empezando en julio 27, 1931. El curso será en inglés y solamente se aceptarán 12 discípulos estando la instrucción a cargo del Dr. George Portmann.

Más información podrá obtenerse del Dr. León Felderman, 413 Mitten Build ing, Philadelphia, Pa.

REVISTA DE REVISTAS

DEAN, ARCHIBALD S.

The Olean City Epidemic of Typhoid Fever in 1928.—Am. Jr. PH. April 1931; Vol. 21, No. 4: 390-402.

El autor describe con detalles una epidemia de fiebre tifoidea que ocurrió en la ciudad de Olean en el estado de New York durante el otoño de 1928.

Ocurrió un total de 248 casos, 214 de los cuales vivían en la ciudad de Olean y el resto, visitantes que se encontraban en aquella época de paso en la ciudad. La incidencia en esta epidemia fué de uno por cada cien habitantes. El promedio de muertes fué 10.1%, esto es, hubo 25 muertes entre los 248 casos estudiados.

La epidemia se atribuye a contaminación del agua usada por la ciudad. Los casos fueron estudiados cuidadosamente desde el punto de vista del Laboratorio. El autor presenta cuadros demostrativos de los exámenes de laboratorio hechos en cada caso al igual que del resultado obtenido. También hace un estudio del tiempo en que perduró el Bacilo tífico en la excreta y orina de los pacientes.

Se calcula que esta epidemia de tifoidea debido a contaminación del abastecimiento de agua pública costó al municipio de Olean la cantidad de $425,000.00.

O. C. M.

CARPENTER CHARLES M. and BOAK K. RUTH.—Isolation of Brucella Abortus from a Human Fetus.—Jr. A. M. A. April 1931, Vol. 96 No. 15: 1212-1216.

Los autores hacen un estudio de la literatura con respecto a infecciones del Bacilo Aborto en casos de mujeres que por una u otra razón abortan. El trabajo presentado consiste principalmente en el estudio bacteriológico de las placentas y fetos de un número de mujeres atendidas en el Bellevue Hospital de New York debido a aborto. En los casos en que se hizo el estudio la Reacción Wassermann de estas mujeres era negativo.

Estudiaron los autores 17 casos de fetos que variaban desde 30 días a 7 meses. Cultivos para Bacilo aborto se hacían de pedazos de la placenta y de los órganos del feto. Se hacían inoculcaiones con extractos de estos organismos en conejillos de la India. Cultivos de 11 fetos y 7 placentas dieron resultados negativos. En tres casos, la placenta y el feto provenían del mismo paciente. Estreptococos, estafilococos, difteroides, bacilos Gram negativo, muchos de los cuales pertenecían al grupo Coli, se aislaron de los restantes fetos y placentas. No se aisló el Bacilo Aborto en ningún caso con excepción de uno solo. En este caso se aisló el bacilo de cultivos hechos de extractos de las visceras del feto. No se pudo hacer una prueba de la sangre del paciente para aglutininas de bacilo aborto debido a que no pudo localizarse el paciente después que fué despachada del Hospital. De los cultivos practicados de un extracto de los órganos del feto se aisló el Bacilo Aborto.

El caso que reportan estos autores es el primer caso en que se aisla el Bacilo Aborto de un feto. No pudieron determinar si la placenta al igual que el feto estaba contaminada. Los informes en la literatura tienden a indicar que el Bacilo Aborto ha sido aislado del conducto genital del hombre y de la mujer, tanto en Europa como en América e indican que enfermedades en los órganos reproductivos de la mujer y del hombre causadas por el Bacilo Aborto no son raras.

Creen los autores que los médicos en su estudio de condiciones génito-urinarias deben considerar con más frecuencia la posibilidad del Bacilo Aborto como agente causal de estas enfermedades.

O. C. M.

JOHN A. FERRELL.—Challenge of Malaria in the South.—Am. Jr. PH. April 1931. Vol. 21 No. 4: 355-374.

Todos los estudios sobre la distribución y la propagación de la Malaria, dice el autor, envuelven la consideración de numerosos métodos. Ninguna medida de por sí es ideal para ser usada por el servicio de Salubridad Pública; los medios de los cuales se vale el malariólogo son caros y desgraciadamente hay pocos verdaderos malariólogos. Abundante y detallada información sobre la malaria, proviene por re-

gla general de áreas limitadas en donde se hace una colección sistemática de todos los resultados que se obtienen incluyendo historias personales, records de médicos, estadísticas de morbilidad, exámenes del bazo, exámenes de sangre y estadísticas de mortalidad, todos estos, datos de una gran importancia en el estudio del problema.

Entre las conclusiones que presenta el autor enumeramos algunos de los puntos más importantes. En el Sur de los Estados Unidos desde el 1915 se practican estudios especiales sobre Malaria. Tenemos conocimiento como resultado de los estudios practicados de las características y hábitos de los tres tipos de mosquitos anofelinos que trasmiten la Malaria, del valor relativo del tamaño del bazo, del estudio de la sangre, y de todos los factores que de una manera u otra juegan un papel importante en este problema, también se ha estudiado el drenaje del terreno, el uso de quinino, el uso de Verde de París en la eradicación del mosquito como también el uso de la tela metálica para evitar la presencia del mosquito.

Es un hecho conocido por todos que la enfermedad por regla general se localiza en algunas áreas y que estas medidas de control deben ser dirigidas hacia estos sitios en donde abunda. El hecho del aumento de la curva de mortalidad de malaria en los estados de Florida y Alabama durante el año 1929 y el aumento moderado en otros estados, inclinan al autor a creer que la Malaria es todavía una gran amenaza en el Sur y que los métodos y prácticas puestos en uso no son adecuados del todo para contener la enfermedad durante la época de las lluvias. "¿Podrán las autoridades sanitarias detener la Malaria o influenciar su curso de tal manera que en los años venideros desaparezca?", es una pregunta que se hacen los que se dedican a trabajos de salud pública.

Todavía nos confrontamos con una enfermedad de la cual tenemos todos los conocimientos que consideramos esenciales, sinembargo, de igual modo que otra enfermedad que se encuentra en las mismas condiciones, la Difteria, ambas están con nosotros todavía y constituyen problemas de salubridad pública. La Malaria abunda justamente en aquellas comunidades que están en peores condiciones para combatirla. La depresión económica está asociada directamente con el aumento en la Malaria. Cuando las condiciones naturales de un país no favorecen la disminución en la Malaria, el Departamento de Sanidad debe aumentar sus actividades y poner en práctica todos los conocimientos que puedan guiar el problema de la manera más directa y económica.

O. C. M.

KAISER, ALBERT D.—"The Relation of Tonsils and Adenoides to Infections in Children Based on a Control Study of Forty-four Hundred Children over a Ten Year Period."—Am. Jour. of Dis. of Child.—1931. Vol. 41: 568.

Este estudio basado en la observación directa de 4,400 niños durante un período de 10 años sugiere que ciertas infecciones guardan estrecha relación con la presencia o ausencia de las amígdalas y adenoides. La presencia o ausencia de ese tejido linfoideo no influye favorable ni desfavorablemente sobre otras infecciones y algunas infecciones parecen ser más frecuentes en ausencia de las amígdalas.

Las siguientes infecciones son menos frecuentes después de la operación de amígdalas y adenoides.

(1) Catarros nasales.

(2) Faringitis—ocurre en 10 por ciento de los niños operados y en un 35 por ciento de los no operados.

(3) Adenitis Cervical—en 7 por ciento de los operados y en 14 por ciento de los no operados.

(4) Otitis Media—la incidencia en los niños operados bajó un 10 por ciento y sólo un 6 por ciento en los no operados.

(5) Reumatismo—El primer ataque de fiebre reumática aguda y carditis fué 33 por ciento menos frecuente en los niños operados.

La operación no influyó sobre la corea ni sobre los ataques recurrentes de fiebre reumática.

(6) Difteria—en 1.3 por ciento de los casos operados y en 1.9 por ciento de los casos usados como "testigos."

(7) Fiebre Escarlatina—en 3.3 por ciento de los operados y en 4.6 por ciento de los no operados.

(8) Nefritis—la incidencia en los operados fué una tercera parte de la de los no operados.

(9) Infecciones Dentales fueron 50 por

ciento menos frecuentes en los niños operados.

En las siguientes infecciones el efecto de la operación fué muy poco o nulo:

(1) Corea.
(2) Sarampión.
(3) Laringitis.
(4) Tuberculosis—esta enfermedad a juzgar por la prueba de tuberculina, fué tan frecuente en uno como en otro grupo.
(5) Malanutrición.

Las siguientes infecciones fueron más frecuentes en el grupo de niños operados:

(1) Bronquitis.
(2) Nneumonía.
(3) Sinusitis.

R. M. SUAREZ.

O. CONNOR, F. W.—Filarial Periodicity.—The P. R. Jour. of Pub. Health and Trop. Med.—1931.—Vol. VI.—3: 263.

En este interesante trabajo el autor estudia la periodicidad filárica. Después de dar los hallazgos anátomo-patológicos de un caso autopsiado por el Dr. Koppish, presenta un número de microfotografías tomadas de la túnica vaginal situada sobre el polo superior del testículo, donde se observa el mecanismo de la migración de la microfilaria desde el "gusano-padre" hasta el torrente circulatorio. Según O'Connor la microfilaria migra desde el lúmen de los linfáticos donde se encuentra el "parent-worm" a través de la pared de los linfáticos hasta los cercanos pequeños vasos sanguíneos y de ahí a la circulación. Los estudios histológicos además, parecen favorecer la hipótesis de Clayton Lane en el sentido de que el fenómeno de la periodicidad filárica se debe al parto simultáneo y cíclico de la filaria hembra grávida.

R. M. SUAREZ.

STRANG, J. M. and K. SEMSROTH.—"Streptococcic Septicemia with Vascular Lesions"—Arch. of Int. Med. April 1931.—Vol. 47: 583.

Un negro de 32 años de edad ingresa al Western Pennsylvania Hospital de Pittsburg quejándose únicamente de dolor sobre la región lumbar lo cual atribuía a esfuerzo muscular. El examen físico era negativo exceptuando la presencia de un frote que se podía palpar y oir sobre la parte inferior del precordio a la izquierda del esternón, un soplo áspero sistólico y otro de tono bajo diastólico sobre la punta del corazón y algún otro signo cardiaco que justificaron el diagnóstico provisional de enfermedad reumática del corazón, estenosis mitral y probable endocarditis.

El paciente no tenía fiebre al principio y la temperatura más alta durante toda la enfermedad fué 100.4° F. El examen hematológico reveló una marcada anemia secundaria, y un contage leucocitario total y diferencial normales. El estudio electrocardiográfico demostró una baja potencialidad del miocardio en I y en II con una R difásica y un complejo T alto en II y en III. La orina contenía albúmina, sangre y leucocitos. En dos horas y 10 minutos no había la fenolsulfotaleína. La prueba de Mosenthal y el examen químico de la sangre confirmaron la patología renal. El hemocultivo fué positivo para **streptococcus viridans."**

La muerte ocurrió rápida e inesperadamente a los 18 días y el final fué un cuadro típico de uremia.

En el estudio anátomo-patológico lo más interesante fué encontrar las lesiones características de este caso en las estructuras endoteliales y sub endoteliales de las válvulas del corazón y de las pequeñas arteriolas del miocardio y de los riñones. No se encontró evidencia de nefroesclerosis.

Contrastan los autores estos hallazgos con los de la "endocarditis bacteriana sub-aguda" la cual es también producida por el estreptococo y atribuyen la diferencia a la poca virulencia del organismo invasor.

R. M. SUAREZ.

HASS, Sidney V.—"Powdered Ripe Banana in Infant Feeding"—Arch. of Pediatrics. April 1931.—Vol. XLVIII: 248.

El autor usa la "fécula" del guineo maduro en la alimentación infantil hace más de dos años y presenta un estudio comparativo entre 41 niños alimentados con leche y el extracto o polvo de guineo y 34 casos usados como "testigos."

El extracto lo prepara la casa Northjohn Corporation, Lincoln, New Jersey, usando un método especial por el cual se disminuye la oxidación y no se destruyen las vitaminas y en-

zimas del guineo maduro. El polvo es amarillo, floculento, conserva el olor y el sabor de la fruta y se disuelve fácilmente en leche o agua. Contiene las vitaminas A, B y C. Probablemente transforma la flora intestinal de Gram negativa a Gram positiva. Contiene 116 calorías por onza (3 cucharadas rasas) y según el autor el alimento es de fácil asimilación. Los niños aumentan más en tamaño pero no influye notablemente en el peso comparándolos con los "testigos."

R. M. SUAREZ.

EUSTERMAN, GEORGE B and PAUL A. O'LEARY.—"Pellagra secondary to Benign and Carcinomatous Lesions and Dysfunction of the Gastro-Intestinal Tract"—Arch. of Int. Med.—April 1931.—Vol. 47:633.

De los 13 casos cuyas historias clínicas se presentan y que desarrollaron pelagra, 8 tenían lesiones benignas del trayecto digestivo alto, 2 eran casos de obstrucción por carcinoma, 1 de sífilis del estómago y 2 tenían lesiones en el colon, carcinomatosas uno e inflamatorias el otro. Esta forma secundaria de pelagra se manifiesta clínicamente menos clara que la forma activa, endémica o idiopática, pero tiende también a favorecer la teoría de la deficiencia alimenticia como causa de la enfermedad. La intervención quirúrgica en esos casos lleva consigo una alta mortalidad, pero el tratamiento es ineficaz, si no se corrige el defecto o la obstrucción mecánica.

R. M. SUAREZ.

YOUMANS, JOHN B. and WILLIAM H. TRIMBLE. — "Experimental and Clinical Studies of Ergotamine. The Effect of Ergotamine on the Basal Metabolism, Circulation and Blood Sugar of Normal Persons and of Patients with Thyrotoxicosis."—Arch. of Int. Med. April 1931.—Vol. 47:612.

Ergotamina y ergotoxina son los principales alcaloides de ergota. La ergotamina además de ejercer sobre el útero los mismos efectos que la droga tiene una acción paralizante o deprimente sobre los elementos motores que la epinefrina estimula.

Los autores reportan en un extenso trabajo el efecto de la ergotamina sobre el metabolismo basal, circulación y cantidad de azúcar en la sangre en personas normales y en pacientes de tirotoxicosis y llegan a las siguientes conclusiones:

La ergotamina en dosis de 0.5 mg. subcutáneamente no produjo efecto notable en el metabolismo basal, ni en la cantidad de azúcar en la sangre de personas normales en ayunas. Disminuyó el número de las pulsaciones y produjo un aumento de la presión arterial, especialmente de la presión diastólica. Efectos similares se notaron también en los pacientes de tiroides tóxicas pero en éstos la acción sobre las pulsaciones y sobre la presión sanguínea fué más marcada.

De acuerdo con estos experimentos no creen que la disminución en el número de pulsaciones se deba a una depresión o parálisis de os nervios aceleradores del corazón y sí a la acción estimulante del alcaloide sobre el vago.

R. M. SUAREZ.

La presión sanguínea en la anestesia por "Avertina".—W. P. KENNEDY.—Br. J. of Anesthesia.—Jan. 1931.

El autor hace un estudio de los cambios en las presiones arteriales en 150 casos de anestesia por Avertina y observa que aunque los mismos son más marcados que los que pudiéramos considerar dentro de los límites de absoluta seguridad en anestesia no se produjeron accidentes que pudieran considerarse peligrosos. El autor concluye considerando la Avertina como un paso de avance en la práctica anestésica.

E. G. C.

Nefrosis Amilóidea subaguda experimental en conejos.—E. M. BUTT (San Francisco) Archives of Patho., Chicago, Dec. 1930.

El autor ha encontrado un método para producir la nefrosis amiloidea en los conejos. La producción de la lesión depende de la dosificación del cloruro de manganeso usado en inyecciones subcutáneas y la regularidad con que se administren las mismas hasta producir un envenenamiento crónico. La degeneración amilóidea se limita al riñón casi siempre y sólo excepcionalmente se le observa en el bazo. La substancia amilóidea producida se identifica y define por las reacciones específicas con determinados tintes tales como el violeta de metilo y el yodo.

E. G. C.

A Dependable Prescription

The phisician who prescribes Luminal and insists that it be dispensed can confidently expect satisfactory therapeutic results. He knows that his confidence is justified by his own experience and by the hundreds of favorable reports in the medical press. No other product of its kind can present such volume of confirmatory clinical evidence.

Luminal is distinguished by uniformly high quality and consequent reliability of action. This is assured by years of experience in its manufacture, expert chemical skill and rigid control of every step in the complex synthesis.

Since its adoption as a standard remedy for epilepsy, the field of Luminal has constantly broadened. Now it is commonly prescribed in many other conditions, such as neurasthenia, hysteria, migraine, vomiting of pregnancy, drug addiction and various psychoses.

HOW SUPPLIED: Luminal tablets of ¼ and ½ grain (bottles of 100); tablets and capsules of ½ grains (bottles of 50). Elixir of Luminal, containing ¼ grain per teaspoonful (bottles of 4 oz. and 12 oz.) Luminal-Sodium tablets of ½ grains(bottles of 50), and ampules of 2 grains (boxes of 5).

Specify LUMINAL

TRADEMARK REG. U. S. PAT. OFF. AND CANADA

Brand of PHENOBARBITAL.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.

170 Varick Street, New York, N. Y.

WINTHROP QUALITY HAS NO SUBSTITUTE.

FR. SCHOMBURG, Distribuidor, Luna 80 — San Juan.



Ensáyela GRATIS

. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestesico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Inhalant, No. 66

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.

Para ayudar al Tuberculoso Incipiente

MUCHAS autoridades médicas concuerdan con que las tendencias a la tuberculosis que se presentan en diversas formas en alarmante proporción entre las personas debilitadas, podrían combatirse con mayor esperanza de éxito si el aceite de hígado de bacalao forma parte del tratamiento.



Cuarto "A"
En los laboratorios de la Emulsión de Scott, donde con el empleo de ratas albinas se efectúan las investigaciones sobre las vitaminas A.

Admitida esta hipótesis, sometemos a la consideración del digno cuerpo médico, la conveniencia de evitar al paciente el trabajo innecesario de emulsificar dicho aceite en el aparato digestivo.

Y de emplear la preparación en forma ya lista para llevar nutrición al organismo con el mínimun de esfuerzo digestivo, la



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

Use DRYCO in Nutritional Anemia!

IRON IS A VITAL FACTOR IN INFANT METABOLISM

The proportion of mineral elements of the milk is an important factor in promoting basal metabolism and satisfactory feeding.

BABIES MUST GET THEIR IRON FROM MILK!

The iron content of DRYCO is two to five times as great as that of natural liquid milk. "This increase in iron content is obviously due to the intimate contact of the milk wtih the desiccating cylinders." DRYCO, the rollerprocessed dried milk, "has failed to cause the degree of nutritional anemia commonly reported for natural liquid milk." (Supplee, G. C., Dow, O. D., Flanigan, G. E., and Kahlenberg, O. J., Journal of Nutrition, Vol. II, No. 5, May, 1930.)

Another Reason Why DRYCO Has Given Such Satisfactory Nutritional Results

Send for samples and literature of Dryco. Pin this to your Rx blank or letterhead and mail to

FR. SCHOMBURG, — Box 433 — 80 Luna St. — San Juan, P. R.

DRYCO

PRESCRIBE DRYCO IN ANEMIA.

RESERVADO PARA PRESCRIPCION MEDICA



Una preparación de hierro orgánico especialmente eficaz en la ferroterapia.

LOS resultados altamente satisfactorios obtenidos con el Neoferrum en el tratamiento de las anemias, clorosis y condiciones similares, lo han clasificado como una preparación ideal en la ferroterapia. Restaura el vigor, el apetito y el color de una manera rápida y satisfactoria.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28 %
Manganeso Elemental	0.066 %
Acido Arsenioso	0.0007%
Maltina	30.00 %
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00 %
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00 %
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00 %

El Neoferrum ofrece al médico una activa preparación ferruginosa que produce una rápida regeneración sanguínea. Suministra hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos,—un hierro orgánico, que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso es especialmente eficaz como estimulante eritrocítico.

En muchas localidades el Neoferrum ha sido de inestimable valor para los médicos en el tratamiento de las anemias, clorosis y deficiencias sanguíneas en general, inclusive en los casos de desnutrición y adinamia.

El Neoferrum es de reacción neutra, no es astringente, es fácilmente asimilable, fortifica los organismos contra infecciones y tiende a corregir la acidosis. No mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se vende por receta médica solamente. Gustosamente enviaremos a solicitud informes clínicos específicos y muestras profesionales. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NA
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de COLE No. 18.

(Compuesto de secretina y páncreas)

Páncreas (isletas de Langerhans)	3 grs.
Pituitaria (íntegra)	⅕ gr.
Secretina	1 gr.
Vaccinium myrtillus (Blue Berry)	½ gr.
Preparado Remineralizante de de Cole No. 12	q.s.

Recete:—Compuesto Endócrino de Cole No. 18 (Compuesto de secretina y páncreas). Una cápsula tres veces al día después de las comidas; luego cuatro cápsulas al día; y más tarde dos cápsulas, tres o cuatro veces al día.

Indicaciones: diabetes azucarada.

Nota: al administrar este tratamiento conviene comenzar con una dósis pequeña, aumentándola gradualmente hasta obtener los resultados que se buscan. La cantidad depende de la tolerancia de carbohidratos del paciente y de la fijeza del nivel de azúcar en la sangre. Las isletas de Langerhans, que contiene esta fórmula aumentan la tolerancia de azúcar, la substancia de las amígdalas tiene un efecto benéfico e indirecto sobre la glicolisis y los Preparado Remineralizante de Cole No. 12 (compuesto neutralizante de sodio y potasio), remineralizan la deficiencia alcalina que generalmente se presenta en el caso de la diabetes azucarada.

Compuesto Endócrino de COLE No. 13

(Compuesto de ovarios y mamarias)

Substancia mamaria	3 grs.
Sustancia del ovario	1 gr.
Substancia tiroidea	1/10 gr.
Fosfato de calcio	q. s.

Indicaciones: — menorragia, menstruaciones muy frecuentes, prolongadas o profusas.

Nota:—Esta fórmula actúa como un regulador del ovario, venciendo su excesiva actividad.

COLE CHEMICAL COMPANY

ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: LUIS F. BALAGUER.

Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

Para impresos de todas clases,
Efectos de Escritorios. -:- Sellos de Goma.
Trabajos de Litografía y en Grabado
Rayados y Encuadernaciones
de todas clases.
Libros de texto y Recreativos
---y---
Muebles para oficinas.

Cantero Fernández & Co., Inc

IMPRESORES, GRABADORES
Y LITOGRAFOS.
SAN FRANCISCO No. 49, — CALLE ALLEN No. 48,
SAN JUAN, P. R.



¿Es necesario operar?

Antes de recurrir a la intervención quirúrgica en casos de hemorroides, conviene cerciorarse de si no queda medio alguno de curarlas. Los eficaces resultados obtenidos con los

Supositorios Anti-Hemorroidales

ANUSOL

justifican tal precaución. Aunque la cirugía sea el remedio definitivo en ciertos casos, el uso de los supositorios Anusol resultará beneficioso para aliviar el dolor, disminuir la inflamación y detener la hemorragia, antes de la operación. Después, apresura la cicatrización.

Un ensayo bastará para comprobar las ventajas de los supositorios Anusol. Gustosamente se le enviarán muestras.

SCHERING & GLATZ, Inc.
Bloomfield, N. J., U. S. A.

Agente indispensable en el tratamiento de resfriados, afecciones respiratorias y reumáticas. Este es un medicamento seguro e inofensivo para bajar la temperatura por medio de un método local.

El emplasto

Numotizine

actúa como un antipirético y analgésico. Su uso local tiene grandes ventajas sobre aquellas de administración oral. Se remueve con facilidad después de obtener los efectos deseados. No causa trastornos gastro intestinales.—Permítanos enviarle una muestra.

NUMOTIZINE INC.

220 W. Ontario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).

Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



Amytal Sódico

(POR VIA ORAL)

Valioso Coadyuvante de la Anestesia

LA administración preoperatoria de los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico elimina la ansiedad preanestésica; reduce la cantidad requerida del anestésico por inhalación; disminuye los vómitos y demás características postoperatorias desagradables.

Los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico también son efectivos en el dominio de las convulsiones del tétanos, rabia, eclampsia, y otros estados espasmódicos.

Escriba Solicitando Literatura

Eli Lilly and Company

INDIANAPOLIS, E. U. A.

DEPT. OF PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION

Año XXIII. Número 189.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

JUNIO, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC
LIBRARY
AUG 1936

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 207

Report of a case of ovarian tumor of the Krukenberg type. 210
Drs. M. Díaz García and José F. Correa.

Estado precanceroso del pene y carcinoma del pene . . 213
Dr. E. García Cabrera.

Anemia en Puerto Rico 223

La Tuberculosis, su aspecto médico-social en Puerto Rico . 227
Dr. O. Costa Mandry.

Noticias Médico-Sociales 242

Revista de Revistas 245

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

AMIGO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

GREATLY INCREASED POTENCY

WINTHROP VIOSTEROL IN OIL

INTRODUCED AS VIGANTOL 250 D

Manufactured Under License by Wisconsin Alumni Research Foundation

Clinical evidence has demonstrated that the 100 D Viosterol is not of sufficient antirachitic potency in many cases. The Wisconsin Alumni Research Foundation therefore has authorized its licenses to market instead an oil solution that is two and one-half times more active.

Consequently, we now supply Winthrop Viosterol in oil (250D), which somewhat more closely approximates the product which we first sent to physicians for experimental purposes a number of years before Viosterol was placed on the market in the United States.

In common with all Winthrop products, the quality of Winthrop Viosterol is unexcelled. Its manufacture is supervised by highly skilled biologists and chemists. The potency of the finished preparation is assured, for every lot is standardized by rigid biologic tests.

Winthrop Viosterol 250D is available in bottles of 5cc.

Informative booklet sent to physicians on request.

WINTHROP

CHEMICAL COMPANY, INC.

170 VARICK STREET, -:- NEW YORK, N. Y.

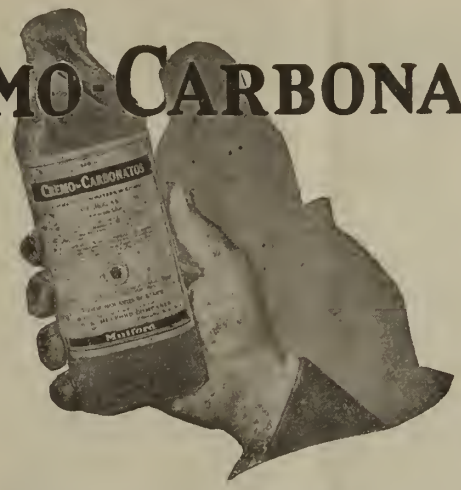
Winthrop Quality Has No Substitute.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

FR. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A. 91141



Una Película de Latitud de Exposición Representa Economía en los Departamentos de Rayos X

LOS hospitales modernos emplean en sus departamentos de rayos X la Película Eastman "Dupli-Tized" de *Contraste* para rayos X, y los Productos Eastman *Probados*, como base de economía y eficacia. Ambos elementos facilitan hacer diagnósticos acertados.

La repetición de una radiografía es a menudo poco práctica y siempre costosa. *La latitud de exposición* de la Película Eastman de *Contraste* evita la necesidad de repetir la exposición. Las ilustraciones de arriba representan tres exposiciones del mismo paciente con los mismos factores, excepto la *duración de la exposición*. No. 1, exposición la mitad de la normal, 2, normal, y 3, el doble de la normal. Cada una de estas radiografías muestra suficiente detalle, con lo cual no hay necesidad de repetir la exposición.

Otra ventaja de esta película es la de poderse manipular y archivar lo mismo que documentos y papeles ordinarios, gracias a su *seguridad*. No requiere un sistema de archivo especial.

EASTMAN KODAK COMPANY

ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

PARA PROMOVER EL MOVIMIENTO PERISTALSICO NORMAL.

El **KELLOGG'S ALL BRAN** ha ganado un sitio de reconocimiento en la clase médica de todos los países debido al hecho de que evita el estreñimiento bien sea este transitorio o crónico de una manera efectiva e inofensiva.

El **ALL BRAN** suple bulto o volumen al alimento y estimula la eliminación natural. Dos cucharadas diarias le ayudarán a evitar el estreñimiento temporero o crónico.

Los Médicos han sancionado el uso de **ALL BRAN** porque a los pacientes les agrada usarlo en las comidas, es delicioso cuando se come con leche helada o crema, con frutas o con un poco de miel de abejas.

Cuando se riega sobre la sopa o se usa en otros alimentos es apetitivo debido a su sabor agradable.

De venta en todos los colmados y pulperías.



Kellogg's
ALL-BRAN

517

La Popularidad del
MERCUROCROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)
Marca Registrada

entre la clase médica ha despertado la codicia de los imitadores, que ya están tratando de substituir drogas de apariencia similar, pero de composición altamente tóxica.

Estas imitaciones perjudican nuestros intereses materiales mientras contravienen las leyes de marcas y patentes, pero lo que es aún más importante, ellas peligran la *salud pública* y el *prestigio de los facultativos.*

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____



Hay quien no se acuerda del médico sino a altas horas de la noche

NO es necesario que el descanso del médico sea interrumpido si un paciente sufre dolores más intensos durante la noche. Esto se puede prevenir. Prescríbase de antemano una o dos tabletas de **Peralga** para tales emergencias. Calman el dolor y dan sosiego. **Peralga** no es un narcótico. (*) Puede ser recetado bajo cualquier condición como analgésico y sedativo de efecto rápido, eficaz y duradero.

(*) *Es una combinación de amidopirina y ácido barbitúrico.*

PERALGA

PARA CALMAR EL DOLOR

Solicítense muestras gratis a

SCHERING & GLATZ, INC., 113 W. 18 St. New York City.

LOS NIÑOS ALIMENTADOS CON

KLIM

crecen saludables vigorosos . . .

Este niño, verdadero espécimen de Niño Saludable, ha sido alimentado con leche KLIM desde su nacimiento.



NARMO LUIS ORTIZ
San Juan, P. R.

Edad: 9 meses. Peso: 31 Lbs.

KLIM SE VENDE EN FARMACIAS Y TIENDAS DE VIVERES.

PROCURELA EN SU ESTABLECIMIENTO FAVORITO.

ANALISIS DE

KLIM

LA LECHE INTEGRA EN POLVO

Grasa (Manteca)	28.00%	2.33%
Caseína	21.28%	2.53%
Albúmina	5.46%	.65%
Lactosa	38.00%	4.53%
Resíduo	5.76%	.69%
Agua	1.50%	88.27%
Calorías por oz.	149	18.

1-½ onzas (135 grm.) para un litro de agua.



DISTRIBUIDORES:

PLAZA PROVISION COMPANY

SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII. JUNIO DE 1931 Núm. 189.

EDITORIAL

LA DIARREA Y ENTERITIS EN PUERTO RICO

En los tiempos primitivos de la colonización española descritos con tanta precisión y lujo de detalles por el primer historiador de esta Antilla, Fray Iñigo Abbad, la diarrea era tenida por una de las enfermedades que abundaban y causaban más estragos en la isla de Puerto Rico. No se le consideraba entonces como una entidad morbosa en sí, sino simplemente como un síntoma o como efecto principal de excesos en las comidas, abuso en las bebidas alcohólicas, o resultado de afecciones mal atendidas de las vías digestivas.

Se le diferenciaba sin embargo de la disentería epidémica que era en aquellos tiempos una de las enfermedades más mortíferas y frecuentes en la isla y que más estragos producía.

En el transcurso de los muchos años que han pasado desde aquellas épocas, la ciencia médica ha ido dominando a la disentería epidémica, que poco a poco ha ido mermando siendo escasa en el presente, mas no así la diarrea o diarrea y enteritis, como optamos por llamarle en nuestros tiempos modernos y que continúa siendo una de las enfermedades o entidades morbosas que más vidas arrebatan anualmente en esta isla.

La diarrea y enteritis no ocupa un sitio prominente en la opinión pública, como sucede con las tres grandes plagas, o sea, la tuberculosis, la sífilis, y el cáncer; no es objeto a menudo de tema para conferencias públicas o medico-sociales, pues nuestro pueblo aún no ha fijado su atención en ella, no se le teme; a pesar de que, tal y como aparece informada en las estadísticas oficiales del Departamento de Sanidad Insular, es causa de más muertes anuales en Puerto Rico que cualquiera de estas tres grandes plagas.

La mayor parte de la atención de nuestras instituciones gubernamentales así como la de nuestros legisladores, y del público en general, se dirige principalmente hacia el estudio y prevención de la gran plaga blanca, la Tuberculosis. La diarrea y enteritis sólo ocupa la mente de aquellos que están principalmente interesados en el problema y que lo hacen objeto de estudios especiales.

Es este uno de los grandes problemas de salubridad pública con que se confronta en la actualidad nuestro departamento de Sanidad; una enfermedad que diezma y azota sin tregua a nuestra población, sin respetar edades, sexo, color o condición social, pero hace sus mayores estragos en la niñez, en los primeros días de la infancia en que el organismo humano es presa fácil de los morbos que lo

atacan. La magnitud del problema aumenta en Puerto Rico; tal parece que todos los obstáculos que ponemos a su encuentro para detenerlo de nada sirven.

Si estudiamos el cuadro que a continuación se inserta, vemos la cifra amedrentadora del promedio de mortalidad anual en cada grupo de edades durante los quinquenios presentados. Este número de muertes por cada 100,000 habitantes de Puerto Rico asciende durante los diez años anotados a la respetable cifra de 409 que representa un 13.9% del total de muertes ocurridas por cualquier causa.

PROMEDIO DE MUERTES POR CADA 100,000 HABITANTES, INFORMADAS COMO DIARREA Y ENTERITIS

Año	Menores de 1 año	1 a 2 años	2 a 5 años	Mayores de 5 años	Total
1920-25	174	78	53	63	369
1925-30	195	88	89	74	446
Total . .	177	83	72	69	409

En muchos países del mundo civilizado la diarrea y enteritis ocurre principalmente en la estación del verano durante los meses en que el calor es más intenso y en el curso de los últimos años la curva de mortalidad ha ido en descenso. En Puerto Rico, la enfermedad abunda en todas las épocas del año y al contrario que en aquellos países, la cifra de mortalidad aumenta de año en año o se mantiene estable.

A pesar de toda la labor de nuestro Departamento de Sanidad, del establecimiento de dispensarios públicos y clínicas prenatales, del servicio de trabajadoras sociales, educación general del pueblo y de los trabajos sanitarios en general la mortalidad por diarrea y enteritis continúa en aumento. El problema es grave y merece que se estudie con detenimiento y se combata desde todos los ángulos posibles.

Es indudable que dentro de este grupo de muertes informadas como diarrea y enteritis se encuentran casos de otras condiciones patológicas en las cuales la diarrea fué simplemente el síntoma principal.

Los procesos infecciosos de las vías digestivas, la disentería bacilar, las infecciones paratíficas, las numerosas infecciones causadas por bacterias patógenas que ganan acceso al canal gastro-intestinal a través de substancias alimenticias, los parásitos intestinales que tanto abundan en Puerto Rico, indudablemente son la causa de un número de estos casos de diarrea y enteritis, pero la etiología específica de la gran mayoría de ellos no la sabemos con certeza. Las teorías a este respecto son numerosas, pero ninguna ha sido aceptada en definitivo.

La escasa e impropia alimentación de nuestros niños debido a la difícil situación económica por que atraviesa nuestro pueblo en el presente y por las que ha atravesado durante los últimos diez años, son factores predisponentes a este mal. Se deben hacer estudios tendentes a demostrar la causa específica de estos trastornos y la influencia directa que pueda tener la nutrición de nuestros niños sobre esta condición.

La repartición gratuita de leche a nuestra clase pobre, preparada en fórmulas apropiadas de acuerdo con la edad

y peso de los niños, trabajo que lleva a cabo en las estaciones de leche el departamento de Sanidad de Puerto Rico con la cooperación de la Asociación Americana pro salud del niño, nos dará alguna luz en cuanto al efecto de la adecuada alimentación en estas condiciones.

Fernós Isern y Rodríguez Pastor, como también Figueroa, en trabajos presentados ante la Asociación Médica de Puerto Rico en 1928 llamaron la atención hacia los factores alimentación y nutrición en la etiología de la diarrea y enteritis.

En 1928 Costa-Mandry en un estudio bacteriológico y parasitológico de casos de diarreas en niños menores de 5 años no encontró agente específico alguno como causante de la condición en el grupo de 176 casos estudiados. Llama el autor la atención hacia el hecho de que factores nutricionales y del medio ambiente en que viven estos niños deben ser tomados en cuenta en cualquier estudio que sobre diarrea y enteritis en niños menores de 5 años se lleve a efecto en Puerto Rico.

Hace ya muchos años que oímos repetir con insistencia en casi todas las asambleas de la Asociación Médica de Puerto Rico por distinguidos compañeros la importancia de la nutrición en estos trastornos gastro intestinales.

Phelps y Dávila, despnés de un estudio epidemiológico de la diarrea y enteritis en Puerto Rico, se inclinan a creer que la enfermedad en niños menores de un año es de distinta etiología que la que ocurre en mayores de dos años y que con toda probabilidad, el abastecimiento de agua para el consumo público tiene relación directa con la enfermedad en el grupo de mayores de dos años.

Con respecto a tratamiento, de igual modo que desconocemos la etiología de estas condiciones tampoco tenemos a nuestro alcance agente terapéutico alguno de reconocido valor curativo; lo que da buen resultado en algún caso, empeora el estado del paciente en casos análogos.

Ya es tiempo de que nuestra clase media se interese en este problema de tan vital importancia para la vida y futuro de nuestro pueblo y ponga todo su empeño, en cooperar y ayudar a aquellas personas e instituciones que están interesadas en la solución de éste.

O. C. M.

REPORT OF A CASE OF OVARIAN TUMOR OF THE KRUKENBERG TYPE (*)

M. Díaz García and José F. Correa

The case is that of a colored woman, 28 years of age, admitted to our surgical ward with a chief complaint of pain and consciousness of a mass in the pelvis of one and a half month's duration.

The past history and family history are irrevelant. She is married, has had two pregnancies, one of which ended in an abortion and the other in a premature birth with subsequent death of the child. History of menses is that of a normal woman. Her last menstruation ocurred a few days prior to entering the hospital. Her present condition dates from one and a half months ago, when she began to feel an intense pain in the pelvis and became conscious of a mass in the left lower abdomen. She had been feeling well up to this time although she admits that she was weak and had fainting spells for the last five months. Never had any stomach trouble.

The *physical examination* reveals a colored woman about 30 years old, quite emaciated and cachectic, weighing 95 lbs. The only positive fiindings are those revealed by vaginal examination which shows a large pelvic mass, hard and nodular, somewhat movable and almost central in position.

The pre-operative diagnosis was that of multiple uterine fibromata. Operation was performed under ether anaesthesia and on opening the lower abdomen throngh a medial supra-pubic incision there was found a large nodular tumor mass of the right ovary adherent to the rectum and left lateral wall, practically filling the pelvic cavity. The abdominal cavity contained about 250 cc. of clear, amber-colored fluid. The tumor was hard and nodular with a glistening surface and had some cyst-like formations which caused it to break in two when delivering it out of the abdomen.

The probability of Krukenberg tumor was thought of and on exploring higher up an indurated tumor mass was found in the middle of the large curvature of the stomach with adherence to omentum and metastases in lymphatic glands in contiguous regions. The tumor of the stomach was considered too far advanced for any surgical interference.

The ovarian tumor, together with a lymph gland from the omentum were sent to Dr. Koppisch at the School of Tropical Medicine and the following patholo gical report was received:

"*Gross*:—The specimen consists of two large masses which are similar to each other on external examination, and a small lymph node. The node is 0.8 x 0.5 x 0.3 cm. On section it is pale grayish and homogeneous, save for a small area of hemorrhage. The masses measure 13x9x6.5 and 16x9x6.5 cm., respectively. They are made up of gross lobulations separated from one another by

(*) From the Surgical Department, Municipal Hospital, San Juan, P. R.

deep furrows. The lobulations vary from 2 to 6 cm. in diameter. The greater part of the surface of each mass is smooth and glistening but from some areas fibrous tags depend. The surface is in general pale yellowish; in places it is dark bluish or reddish. Each mass presents a more or less concave surface at which the tissues are pale yellowish and ragged. The masses are moderately firm, but some places feel soft, almost cystic. On section they present a somewhat variegated appearance. A great part of the mass is made up of whitish homogeneous tissue, but there are large areas which are translucent and gelatinous, and others that are yellowish and occur in map-like arrangements. Throughout the cut surface are numerous streaks of hemorrhage, particularly beneath the capsule.

Microscopic: Sections through various parts of the tumor mass show the same picture. The tumor is composed of large, rounded, closely packed cells which are distended by either a single large vacuole or numerous very small ones. The nucleus is at times compressed against the cell membrane producing the so-called signet-ring effects. In some of the cells the protoplasm is finely granular. The nuclei are variable in size and shape. Mitotic figures are rather infrequent. The stroma is scanty and composed of spindle-shaped fibrous tissue cells that in places are compactly arranged and in others are loose, almost myxomatous. There are large areas of hemorrhage and of degeneration of the tumor. One or two cystic cavities lined by tumor are seen. In a few areas the stroma resembles ovarian stroma.

Section through the cord-like structure stretched over a portion of the tumor mass shows a compressed Fallopian tube in which the villi are thickened. The walls are infiltrated at one point with tumor the cells of which contain little or no mucus.

The histologic picture is that of Krukenberg carcinoma of ovary. From the description of operative findings it seems clear that the tumor is secondary to carcinoma of the stomach.

Diagnosis.—Carcinoma of the right ovary, of Krukenberg type, with extension to right Fallopian tube.—E. Koppisch, M. D."

COMMENT.

To our knowledge, this is the first tumor of this type reported in Porto Rico. It presents some interesting features: 1—The age of the patient, 28 yrs. It is quite unusual to find a carcinoma of the stomach at such an early age. 2—Absence of stomach symptoms. One should expect some stomach complaints when the condition of the tumor of the stomach is so advanced in this case.

Regarding the etiology of this tumor, it is claimed by such an authority as Ewing (1) that they are always secondary to the stomach or some other viscera higher up. Nevertheless, he cites other authorities who claim that they have had cases of this type in which no other tumor has been found which could be considered as the primary one and therefore the beleif that there are some cases in which the Krukenberg tumor is primary in the ovary. Frankenthal (2) reports that in fifty-two cases of Krukenberg tumors which he found in the literature two were claimed to be primary. Fal-

las (3) cites a case in which the primary tumor was found at one of the breasts and this showed the micorscopic characteristics of a Krukenberg tumor. He believes that the ovarian tumor was secondary to that of the breast. Pribram (4) reports a case in which the primary malignant disease was in the gall-bladder.

As to the occurrence of these tumors, Guiroy and Jakob (5) cite the statistics of Lubarsch in which it was found that in ten thousand cases of cancer of the stomach there was a percentage of 4.5 with metastases to the ovary. This shows that this type of tumor is not as rare as one might be led to think.

As to the prognosis of a case of this nature, it is obvious that it is not very good. Frankenthal (2) reports a case in which tumors in both ovaries were removed three monthe after the first symtoms appeared,—pain and hard mass, with no stomach symptoms. The tumor of the stomach was found later on by Roentgenoscopy. The patient was operated on for a resection of the stomach. A year later she felt perfectly well and had gained 18 lbs. He quotes Pays as having reported a case "in which several months had elapsed after the ovarian tumors were removed before the primary tumor of the stomach was discovered and extirpated with the best of results".

In our case it is easy to see that the prognosis is not quite as favorable as those reported by other authors since the tumors of the stomach is in such an advanced stage that surgical interference is considered useless.

REFERENCES

1. Ewing, James: (1922) Neoplastic Diseases. 2nd ed.: 603.

2. Frankenthal, L.: (1921) Colloid cancer of ovary of Krukenberg type. Relation between ovarian and gastric cancer. J.A.M.A., 77:2097.

3. Fallas, R: (1929) Krukenberg tumor of the ovary. (Abstract) Archives of Path., 9:1083.

4. Pribram, E.E.: (1923) Operability of ovarian tumors. J.A.M.A., 80:590.

5. Guiroy, A. J. and Jakob, A.: (1928) Semana Médica, 35:204.

ACKNOWLEDGEMENT

We wish to acknowledge our appreciation to Dr. Enrique Koppisch for the pathological examination of these specimens.

ESTADO PRECANCEROSO DEL PENE Y CARCINOMA DEL PENE

E. García Cabrera (*)

Todo cancer de la piel va siempre precedido de un proceso que no es un carcinoma. Todos los cánceres sitnados a nuestro alcance, y que hayamos podido observar, tienen lo que podemos llamar un sindrome precanceroso. Precediendo la aparición del epitelioma ha existido siempre un proceso de senilización de la piel que constituye el xerodema pigmentoso, seborroides seniles, en donde observamos escalonadas las etapas del envejecimiento de la piel, con todos los elementos atróficos, pigmentarios y esclerosis vasculares propias de la piel del viejo.

La causa de esta senilización localizada es lo difícil de determinar, pero que ella constituye un estado precanceroso ha sido lo suficientemente observado para no dejar lugar a dudas. Nosotros lo hemos podido ver evolucionar muchas veces. Para Payri, sería una fragilidad congénita de la piel, algo local, un producto de insuficiencia protoplasmática que aceleraría la arterioesclerosis, y que degeneraría las glándulas de la piel. Tal como puede existir una degeneración congénita de la glándula tiroides, aisladamente puede existir una degeneración congénita de la enorme glándula piel.

La senilización de la piel constitnye, pues un estado precanceroso que estaría determinado, según Peyri, por un proceso de arterioesclerosis seguido de eritrosis circunscrita, hiperqueratosis, queratolisis, pigmentación y de un proceso de elastrorexis que determinaría la flacidez y el arrugado, acompañado dicho proceso, de aceleración en unas regiones, y de retardo en otras de la oxidación, pero sobre todo de una tendencia progresiva a las deshidratación.

Estos procesos y cambios que hemos podido observar en nuestros estudios en todos los estados precancerosos, los hemos comprobado tan claramente en nuestra serie de casos de carcinomas del pene que vamos a presentarlos como un sindrome o estado precanceroso del mismo. Las anteriores observaciones justificarán nuestra descripción de un estado o condición que hemos observado en un buen número de casos y que hemos visto evolucionar durante años hasta la aparición, comprobada por examen histológico, del carcinoma del pene.

Es aceptado generalmente hoy, como principio fundamental en cancerología, que no hay carcinoma donde no hubo una lesión previa. Los argumentos aducidos en favor de esta tesis son bastante conocidos y no nos detendremos en extensas discusiones para justificar nuestras conclusiones. Nos limitaremos a analizar aquéllas que claramente demuestren que existe una posible profilaxia del cáncer.

El cáncer de la pared abdominal es

(*) Urodólogo de los Hospitales Municipales de San Juan, Urodólogo Hospital Mimiya, Consulting Urologist Schiol of Tropical Medicine, Universidad de Puerto Rico, San Juan, P. R.

Trabajo leído ante la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao celebrada en Fajardo el 22 de Febrero de 1931.

casi desconocido en el mundo excepto en cierta zona del Cancaso donde los nativos usan sobre el vientre una rejilla o kangris para calentarse, la cual contiene pedazos de carbón encendido. Estos aparatos producen con frecuencia quemaduras en las cuales aparecen luego tumores malignos epiteliales.

Igualmente el carcinoma de la cara interna de la mejilla es muy raro, y especialmente raro en la mujer, sin embargo se le encuentra con marcada frecuencia entre ciertas tribus de Columbia que mascan betel o fuman pipas de arcillas que determinan cicatrices, las cuales, después de algún tiempo degeneran en carcinomas.

Estos hechos mencionados, determinantes de esos dos tipos de epiteliomas, se observan condicionando otras localizaciones tumorales. Lo que condiciona el cáncer tan frecuente del cuello uterino no creemos que sea otro factor que las ulceraciones persistentes, consecutivas a la extrema frecuencia de la infección blenorrágica; a las cervitis crónicas; a las rasgaduras del cuello, etc., que, al constituir cicatrices llevan estas sujetas a subsiguientes cambios degenerativos.

Podemos aceptar pues, la existencia de determinados estados precancerosos. Así ya reconocemos determinados estados de la patología gástrica como precursores del cáncer del estómago; ciertos estados cervicales como predisponentes a degeneraciones malignas en el cuello uterino; conocidos estados de muchas lesiones de la piel y mocosas como condiciones evolutivas a cánceres de aquellas localizaciones.

Es en estos estados de precáncer, precancerosos, estados pagetoides, cuando únicamente existe la posibilidad de una curación del cáncer o a lo menos alcanzar en esta primera fase precancerosa un alto porcentaje de curaciones.

Existen pues, actualmente en el magno problema que ocupa la mente del mundo médico, en el problema del cáncer, estados, condiciones o sindromes que hemos llamado estados precancerosos los cuales pedemos y debemos disgnosticar y los que de no recibir la debida atención evolucionarán rápidamente a verdaderos tumores malignos sin que podamos, ya en este estado, hacer uso de terapéutica alguna que nos dé un éxito seguro.

Muchos son los medios terapéuticos con los cuales la ciencia médica defiende a la humanidad del temible cáncer. Ninguno de ellos nos sirve de arma suficiente para la curación del cáncer. Los muchos estudios que se han hecho y se hacen en todo el mundo científico para la conquista del cáncer, si bien es verdad que no han dado aún con su etiología, nos han demostrado sin embargo, clara y científicamente, su patología y con ella muchos otros estados patológicos capaces de evolucionar a condiciones malignas. Por consiguiente, en terapéntica anticancerosa lo que más vale, lo que más hace hoy, lo único que hace algo, es la profilaxia o el tratamiento apropiado de los estados, condiciones o sindromes a los que he llamado ESTADOS PRECANCEROSOS.

SINDROME PRECANCEROSO DEL PENE.—Hemos venido observando en nuestra ya larga práctica quirúrgica genitourinaria un cuadro clínico, que banal en sus comienzos conduce finalmente a lesiones graves y el cual diagnosticado cuando hace su aparición, evitaría el desarrollo ulterior o su transformación en cáncer del pene.

Estas observaciones que presento han sido hechas en individuos que de los

treinta a los cuarenta o cuarenticinco años, con prepucios redundantes, presentaban brotes repetidos de balanopostitis subagudas.

Estos ataques no se presentan con la agudeza sintomática de las balanopostitis en los jóvenes. Tienen un carácter más sub-agudo pero se repiten con mayor o menor frecuencia durante varios años hasta llegar a presentar el cuadro clínico siguiente: Observamos que el prepucio se adelgaza; al adelgazarse se endurece y pierde su elasticidad, sufriendo un proceso atrófico que hace cada vez más difícil su retracción. Al retraerlo observamos sobre su cara interna, areas irregulares de decoloración en placas, más o menos rosadas, a veces casi blancas, sin que éstas lleguen a la formación de placas leucoplácicas.



Fig. I, Fimosis adquirida. Caso No. 13. A. B. Diag. Papiloma del pene.

La atrofia y endurecimiento del prepucio hace de estos pacientes, quienes no habían sido fimosicos, verdaderos fimosicos, después de haber sufrido un número de ataques de balanopostitis. Al llegar a los cuarenticinco años más o menos ya desarrollada una verdadera fimosis, los ataques de balanopostitis van siendo menos frecuentes hasta llegar a desaparecer completamente. Entonces al no ser posible la retracción del prepucio hacen su aparición depósitos de concreciones sebáceas que se observan de más o menos consistencia localizadas en el surco balanoprepucial. Al no ser posible la retracción del prepucio estos pacientes desarrollan en el interior del mismo un estado erosivo que bien podíamos llamar pagetoide. Así transcurren años más o menos, sufriendo irregularmente pequeños ataques de irritación acentuándose estos hasta llegar a presentarse con marcada exhudación la cual no presenta el carácter purulento de los ataques de balanopostitis de los años anteriores, sino que se observa una secreción sanguino-purulenta. Este estado lo vemos acentuarse, lo observamos progresar y resistir a los tratamiento corrientes. Por el contrario, el estado local se agrava, la serosidad aumenta y cada vez contiene mayor cantidad de sangre. Entonces hace su aparición el edema acompañado de dolor, marcado con mayor intensidad en uno o más puntos del prepucio.

Este cuadro que hemos observado repetidas veces y del que hemos hecho un estudio, lo hemos visto desarrollarse hasta la canceración.

Conocido es de todos la influencia predisponiente del prepucio y la fimosis en la patogenia del cáncer del pene, pero el proceso progresivo, como lo he señalado despnés de haberlo observado en su desarrollo, es el punto de importancia en la producción del cáncer del pene.

De lo expuesto en la evolución patológica observada podemos presentar las siguientes fases del sindrome precanceroso del pene:

PRIMERA FASE DEL SINDROME PRECANCEROSO DEL PENE:—Balanopostitis repetidas en el adulto, en individuos sin fimosis y sin tener ellas relación alguna con procesos venereos.

SEGUNDA FASE:—Disminución de los brotes de balanopostitis y formación de un prepucio que se endurece, pierde su elasticidad por efecto de la cual se agrieta el borde cutáneo mocoso del mismo, desarrollándose en él tejido cicatricial el cual forma un anillo que conduce a la fimosis.

TERCERA FASE:—En varios casos hemos practicado la incisión del prepucio durante la segunda fase y hemos encontrado verdaderos estados seborreicos similares a los seborroides seniles preepiteliales de la piel. Bien conocida es la evolución de estos estados seborroides seniles a verrugas seborreicas y la evolución frecuente de estas a epiteliomas. Este mismo proceso lo hemos observado en nuestros casos de prepucios cerrados por la fimosis. La seborrea determina en estos casos proliferaciones vegetantes, verdaderas verrugas seborreicas en la base de las cuales, después de algún tiempo, se desarrolla el epitelioma. Esto constituye la tercera fase.

CUARTA FASE:—Está constituída por la aparición del epitelioma. Desgraciadamente es en este estado cuando casi siempre viene el paciente a nosotros. Se presenta con una fimosis completa con marcada secreción sero-sanguinolenta, dolor, edema; frecuentemente con marcada linfitis dorsal, adenitis inguinales, sub-inguinales e inguinocrurales. Presenta siempre en algún sitio del prepucio y con mayor frecuencia cerca del surco una endruración circunscrita y a veces perforaciones sobre estas areas de endurecimiento.



Fig. II.—Casos 6, 7 y 9. Epiteliomas Prepucios cerrados que no habían sido fimósicos.

¿Qué hacer en este estado de cosas? Operamos siempre, pero aún siendo lo más radical, practicando una amputación total con vaciamiento de las regiones inguinales y usando rayos X subsiguientemente los resultados finales, obtenidos en este estado de la enfermedad, son malos.

Conclusión de las observaciones clínicas que hemos llamado estado o sindrome precanceroso del pene: FIMOSIS con

la que no se nace, pero que se hace y se forma en plena edad adulta debe ser considerada siempre como una lesión precancerosa y tratada debidamente para evitar el ulterior desarrollo de un cáncer del pene.

CARCINOMA DEL PENE

Entre los tumores malignos del pene, el carcinoma o epitelioma es el más frecuente. Sin embargo, esta frecuencia está constituída solamente por el 1% de todos los tumores de origen epiteliar. El endotelioma, el sarcoma, el melanoma, y el teratoma del pene constituyen verdaderas curiosidades clínico patológica y son contados los casos de estas variedades, reportados en la literatura médica.

En los informes del Hospital General de Massachusets, Andrews reporta el 0.79% de carcinomata del pene entre 7881 tumores malignos. Young en su libro "Practice of Urology", página 701, Vol. I, dice "in the Brady Urological Institute series there are 35 carcinomata of the penis in 1200 urological cases. During the same period about 500 vesical neoplasms and about 600 carcinomata of the prostate were seen and even malignant tumors of the kidneys were more numerous (43 cases.)

Wather H. W. del Fifth Urological Service, Charity Hospital, New Orleans, en el Journal of Urology, Feb. 27, Vol. XVII, No. 2, Pág. 179, reporta en 116 casos de cánceres genitourinarios 47 casos de cáncer de la vejiga; 31 casos de la próstata; 30 casos del pene, y 8 casos de cáncer del testículo. Barringer, B. S., en un estudio de los cánceres genitourinarios en el Memorial Hospital de New York, en un artículo en "Journal of Urology", Feb. 1927, Vol. XVII, No. 2 Pág. 199, informa sobre los años 1916 a 1927 y reporta solamente 36 casos de carcinoma del pene durante dichos 11 años.

En nuestra práctica hemos tenido la oportunidad de asistir 19 casos de carcinomata del pene durante los 15 años comprendidos entre 1916 a 1931.

De los 19 casos, trece eran blancos y seis negros. Cinco no tenían prepucio. De estos uno era negro los cuatro restantes eran blancos. Los otros catorce casos todos presentaban un prepucio más o menos largo siendo imposible la retracción del mismo en once de ellos.

En estos once casos con prepucio contraído pude observar fácilmente los signos que he descrito en el síndrome precanceroso del pene.

Por edad los 19 casos de carcinoma del pene estaban distribuídos en la siguiente forma.

De 30 a 40 años	.....	1 caso.
De 40 a 50 años	.....	4 casos.
De 50 a 60 años	.....	6 casos.
De 60 a 70 años	.....	6 casos.
De 70 a 80 años	.....	2 casos.

La mayoría de nuestros 19 casos de carcinoma del pene (11 casos) fueron estudiados histopatológicamente por el Dr. Salvador Giuliani, quien como Patólogo de los Hospitales Municipales primero, en su laboratorio privado después y más tarde como Patólogo en el Servicio del Departamento Insular de Sanidad, me prestó siempre aquella cooperación que en todo momento estaba dispuesto a dar a los que tuvimos la dicha de llamarle compañero. Al notable Patólogo fenecido, Dr. Salvador Giuliani, a quien siempre recordaremos con cariño y admiración, pertenece, pues, mucho del valor que pueda tener este trabajo. Era el único que podía hacer y hacía en aquellos días trabajos de histopatología an-

tes del establecimiento de la actual Escuela de Medicina Tropical.

El estudio y diagnóstico histopatológico de los otros 8 casos fué hecho en la Escuela de Medicina Tropical por los doctores H. D. Kesten, W. C. Von Glahn y Enrique Koppisch a quienes deseo expresar mi agradecimiento por su valiosa ayuda.

Conocido es de toda nuestra profesión las dificultades para seguir y poder obtener datos de nuestros pacientes después que éstos abandonan el hospital o clínica. No existiendo un servicio social (follow up) en ninguno de nuestros hospitales o clínicas no es posible presentar un trabajo con los resultados posteriores o finales para saber la suerte que haya corrido cada paciente. Solamente sé de 8 casos de los 19 operados.

El cuadro adjunto explica más detalladamente lo expuesto.

No.	Nombre	Color	Edad	Operación practicada	Fecha	Resultado inmediato	Estado actual
1	T.F.	B	48	Amputación total	6/3/26	Bueno.	Desconocido.
2	L.F.	B	66	" "	3/24/31	Murió 2 meses después operado.	
3	P.R.	B	67	" "	11/14/30	Bueno.	Vive buena salud.
4	H.R.	N	72	" "	11/30/30	Bueno.	Vive buena salud.
5	J.P.	B	79	Amp. Parcial.	4/7/15	Bueno.	Desconocido.
6	A.J.	B	64	" "	4/6/17	Bueno.	Desconocido.
7	A.G.	N	68	" "	12/2/24	Bueno.	Vive buena salud.
8	T.C.	B	49	" "	11/1/30	Bueno.	Desconocido.
9	L.F.	N	54	" "	3/30/31	Bueno.	Vive buena salud.
10	H.C.	B	54	" "	6/17/29	Bueno.	Desconocido.
11	J.G.L.	B	45	Electrocoagulacion Rayos X y Circunscición.	5/2/22	Bueno.	Desconocido.
12	A.R.G.	B	57	" "	5/27/26	Bueno.	Desconocido.
13	A.B.	B	61	" "	7/5/29	Bueno.	Vive buena salud.
14	M.G.	N	59	" "	12/2/30	Bueno.	Vive buena salud.
15	P.M.	N	39	Electrocoagulación y Circunscición.	3/17/19	Bueno.	Desconocido.
16	A.LL.	B	65	" "	9/4/25	Bueno.	Desconocido.
17	S.P.	N	44	" "	12/7/25	Bueno.	Vive buena salud.
18	A.R.	B	57	" "	5/8/30	Bueno.	Vive buena salud.
19	H.T.	B	58	No se operó. Fué visto en 10/25/27 y murió 2/16/28.			

TECNICA OPERATORIA:—En los casos de amputaciones totales hemos seguido la técnica de Pearce Gould (véase Bickham, Operative Surgery, Vol. V, p. 783—Complete Amputation or Excision of the penis through the temporarily split scrotum). Hemos combinado esta técnica con la de Young (véase Young's Practice of Urology, Vol. II, p. 648 —Operations for malignant diseases of the penis), y la muy especial recomendada por Burghard (véase Bickham, Operative Surgery, Vol. V., p. 786.) para las disecciones de los ganglios linfáticos y tejidos grasolinfático regionales.

Government of Porto Rico
School of Tropical Medicine of the University of Porto Rico
Under the Auspices of Columbia University
San Juan, Porto Rico.



Fig. III.—Caso No. 10 H. C. Amputación parcial.
Informe No. 2139 de la Escuela de Medicina Tropical.

June 21, 1929 .
No. 2139.
Specimen rec'd. June 17, 1929.
Dr. E. García Cabrera,
Santurce, Municipal Hospital.
Santurce, P. R.
Name: Hipólito Candel,
Specimen: Ulcer of Penis.

GROSS: Irregularly shaped piece of tissue measuring 1.5x1.2x1 cm. One aspect is covered by heavily pigmented skin, the other aspect consists of thickned grayish yellow subcutaneous tissues.

MICROSCOPIC: The section is covered on one side by thickened skin, beneath which the tissues are fibrosed and in one portion show an internal acute inflammatory reaction with numbers of polymorphonuclears, exudation, of red blood cells and fibrin. Granulation tissue is present. Farther down are infiltrative strands and alveoli of hyaline typical epithelial cells with pearl-formation and keratinization. Division figures are frequent. The stroma, in this area, is fibrotic and infiltrated with plasma cells and eosinophiles.

DIAGNOSIS: Squamous cell carcinoma of penis.

Homer D. Kesten, M. D.

Hemos introducido una modificación a la implantación uretral al perine. Dicha modificación consiste en que una vez separado los cuerpos cavernosos de su inserción a la rama ascendente del isquion no seccionamos nuestra uretra sino que pasamos a la sección del ligamento suspensor del pene quedando el órgano suspendido, entonces, solamente por la uretra. Aislamos cuidadosamente la uretra desde el bulbo hasta el ligamento triangular tratando de obtener un buen trozo de la misma que nos permita, en vez de practicar una sección transversa, hacer una sección oblícua de dos centímetros aproximadamente. Al practicarse la implantación de esta embocadura uretral al periné se obtendrá en vez de una apertura circular una hendidura elíptica. Fácil es apreciar las ventajas de esta implantación la cual, al sufrir

los cambios de retracción y cicatrisación subsiguientes no llega nunca a cerrarse lo suficiente como ocurre con la implantación circular la cual, casi siempre, se estrecha exigiendo ser dilatada a veces con marcada frecuencia.

Government of Porto Rico
School of Tropical Medicine of the University of Porto Rico
Under the Auspices of Columbia University
San Juan, Porto Rico.



Nov. 12, 1930.
Spec. rec'd: 11|1|30.
No. 3648.

Tomás Cordero,
Tissue from tumor of penis.
Age 48,
Male. White.
Dr. García Cabrera,
San Juan, P. R.

GROSS:—The specimen measures 1x0.7x0.5 cm. It is very firm. One surface is pale whitish and papillary. The opposite surface is even.

MICROSCOPIC:—A section shows a greatly thickened epidermis which at the surface is papillary and covered by a very dense layer of keratinized epithelium. There are long finger-like projections towards the corium but a definite basal cell layer is everywhere present and the cel's are regular in all respects. No corium has been included in the specimen so that the possibility of actual invassive tendencies can not be ruled out. The connective tissue between the projections of epithelium shows a mild inflammatory reaction.

DIAGNOSIS:—Papilloma of penis.

Enrique Koppisch, M. D.

Fig. IV.—Caso No. 8.—Amputación parcial. Informe 3648 de la Escuela de Medicina Tropical.

En los casos de amputación parcial nos hemos ajustado estrictamente a la técnica de Young, tanto en la disección de los ganglios regionales y del tejido graso-linfático, como en la sección del pene.

En los casos tratados por electrocoagulación hemos usado la técnica de Corbus, para la electrocoagulación del tumor. Usamos corriente bipolar. Con un electrodo inactivo de 5x7 colocado debajo de las nalgas del paciente, usamos

como electrodo activo, un disco de uno a dos centímetros de diámetro. Aplicamos la corriente después de tener el electrodo en contacto con el tumor evitando siempre la chispa que de nada nos vale. Empezamos usando una corriente de 500 mileamperes y a veces llegamos a 800 ó 1000 mileamperes, cuando la extensión del tumor lo requiere. Es de suma importancia el evitar quemar. Nuestro objeto es electrocoagular, por lo tanto, procedemos lentamente, coagulando todo el tejido tumoral hasta que éste se haya transformado en una masa blanquecina la cual fácilmente puede ser separada con unas pinzas. Continuamos entonces nuestra coagulación en parte del tejido sano circundante hasta que éste se torne blanco. No debe en ningún momento producirse hemorragia.

Government of Porto Rico
School of Tropical Medicine of the University of Porto Rico
Under the Auspices of Columbia University
San Juan, Porto Rico.

March 27, 1931.
Spec. rec'd 3|24|31.
No. 4073.

Loreto Figueroa,
Penis, fatty tissue and glands.
Age 66 years,
Male, White.

Dr. García Cabrera, San Juan, P. R.

GROSS—One part of the specimen consists of the distal 7 cm. of the penis. The glans and prepuce in the region of the frenum are involved in what appears to be a new growth that extends over more than half the surface of the glans, the urethra lying in the central part of it. On section it is made up of a layer of grayish tissue with a somewhat peg-like structure. The surface of the tumor is ulcerated.

The other specimen consists of fat, probably from the inguinal region. It measures 23 cm. in length. Near each end by the mass of fat are found several lymph glands, the largest of which measures not more than 1 cm. in its greatest diameter. These glands on section are gayish and translucent and show numerous blood vessels.

MICROSCOPIC: The tumor of the penis is formed of anastomosing columns of squamous epithelial cells



Fig. V.—Caso No. 2. L. F. Amputación total. Informe No. 4073 de la Escuela de Medicina Tropical.

of irregular width that penetrate for a considerable distance into the corium reaching into the spongiosum. In a few places keratinization is beginning. Mitoses are not numerous. The epithelial layer on either side is thickened and sends columns of cells of irregular width deep into the tissue. About many of the blood vessels are groups of lymphocytes. Metastases cannot be found in the lymph glands. In several instances the sinuses of the glands are filled with a loose meshwork of connective tissue in which are large numbers of lymphocytes.

DIAGNOSIS: Squamous cell epithelioma of penis.

William O. Von Glahn, M. D.

En los casos que hemos tratado por la electrocoagulación y que presentaban adenitis hemos practicado la disección de los ganglios regionales.

Varios de estos casos electrocoagulados recibieron, subsiguientemente, aplicaciones de rayos X.

Todos los casos tratados por electrocoagulación los cuales tenían prepucio fueron operados (circunsición y plástica) al mes o dos meses después de haberse obtenido una perfecta cicatrización del area electrocoagulada.

CONCLUSIONES:—Profilaxia anticancerosa del pene. Evitar toda cicatriz en el pene. Evitar las enfermedades venereas e infecciones locales del glande o prepucio.

Higiene personal.

Circunsición—La más importante; evitando así el desarrollo de ataques de balanopostitis, de irritaciones locales por hipersecreciones localizadas debajo del prepucio, y el desarrollo de verrugas que siempre dejarán una cicatriz la cual actuará como un cuerpo extraño en el tejido que la circunda estableciéndose así la lucha del tejido sano por la absorción del tejido fibroso cicatricial, lucha que, con toda probabilidad habrá de terminar en el desarrollo de tejido embrionario de neoformación.

Deseo expresar mi reconocimiento al Dr. Salvador Sierra, Radiólogo de los Hospitales Municipales de San Juan, por su valiosa ayuda en la preparación de todo el trabajo fotográfico que acompaña este artículo.

ANEMIA EN PUERTO RICO

En la noche de mayo 28, 1931 se llevó a efecto en la Escuela de Medicina Tropical un "symposium" sobre Anemia en Puerto Rico, organizado por el Dr. Bailey K. Ashford, y presidida la reunión por el Dr. Bachman. — Presentaron trabajos los doctores J. B. Pons, Enrique Koppish, y Bailey K. Ashford. — Por ser éste un asunto de tanto interés para la clase médica del país y contando con la autorización de los ponentes nos vamos a permitir dar un extracto de los trabajos leídos.

TRABAJO PRESENTADO POR EL DR. PONS.

Empieza refiriendo las dificultades con que se tropieza por no existir en Puerto Rico hasta la fecha ningún trabajo conclusivo en relación con el cómputo normal de hematíes y porcentaje de hemoglobina para los habitantes de la isla. Un trabajo presentado recientemente por Torgueson y Suárez (J), da como promedio 3,300,00 glóbulos rojos y 75% de hemoglobina. No se pueden considerar esos números como expresión de la realidad puesto que fueron obtenidos en enfermos, y sobre todo, en enfermos de uncinariasis. Que el contaje de eritrocitos y la cantidad de hemoglobina son más bajos en los países tropicales que en las regiones templadas o frías, se ha sospechado hace tiempo, pero trabajos llevados a efectos en Mississippi, en las Islas Filipinas y más tarde por Osgood en Oregon y por Wintrop en New Orleans, han comprobado el error de esas aseveraciones. En Oregon el contaje de eritrocitos fué 5,390,000 en hombres, y 4,800,000 en mujeres y en New Orleans, que puede considerarse como una región subtropical, fué 5,850,000 en hombres y 4,930,000 en mujeres.

Presenta el doctor entonces unas tablas donde se analizan 200 hostorias clínicas de pacientes admitidos al Hospital de la Universidad, en cuanto a edades, contajes hematológicos porcentaje de hemoglobina, índice colorimétrico, y además clasifica las anemias en cinco distintas categorías.

Entre los 200 casos estudiados solamente 29 de ellos no presentan record de estudios hematológicos llevados a efecto.

El promedio general de hematíes fué 3,816,000 y de hemoglobina 67.6% con un índice colorimétrico de .92, pero eliminando de ellos todos aquellos casos de menos de 2,000,000 de hematíes, encontramos que el promedio de glóbulos rojos llega hasta 4,059,000, la hemoglobina a 71.56%, y el índice colorimétrico a .89, concluyendo por lo tanto que, a juzgar por estudios hechos en casos hospitalizados el cómputo general de eritrocitos y la cantidad de hemoglobina no son más altos en Puerto Rico que en ninguna otra parte.

En la diferenciación de las anemias de tipo pernicioso encontradas en esta serie y la anemia idiopática o perniciosa de Von Biermer, sobresale el hecho de la ausencia completa de corpúsculos rojos nucleados en la casi totalidad de sus casos y además el más lento y menor estí-

mulo de reticulocitosis provocado por el extracto de hígado.

TRABAJO DEL DR. E. KOPPISH.

El Dr. Koppish presenta una serie de estudios anatomo-patológicos en 12 casos de esprú y empieza dándonos un resumen de la literatura más reciente sobre la patología de esta enfermedad. Entre los hallazgos anatomopatológicos reportados por investigadores extranjeros encontramos lo siguiente: atrofia de la pared intestinal, fibrosis del pancreas, adelgazamiento de la pared del intestino delgado, erociones, y úlceras superficiales del jejuno, emaciación marcada atrofia "brown" del corazón, depósito de hemosiderina en el hígado, atrofia de las mucosas de la lengua, esófago, e intestino, cambios inflamatorios crónicos. Uno de los autores citados reportó no haber encontrado cambio alguno en el pancreas ni en los demás órganos internos. Del escaso número de estudios histo-patológicos de la médula ósea llevados a efecto, menciona a otro autor quien reporta haber encontrado solamente una atrofia de las células de grasa.

En el estudio de estos 12 casos se encontró lo siguiente:

1—Profunda emaciación.

2—Corazón: "brown atrophy" y disminución de la grasa.

3—Aunque el bazo contiene en algunos casos algún pigmento de hemosiderina, aparece ésta en menor cantidad que en casos de anemia perniciosa.

4—El hígado se encuentra atrofiado en casi todos los casos, hay un aumento de hemosiderina en 10, y degeneración grasosa en 10.

5—La vésicula biliar: normal en todos los casos. Se encontró cálculos biliares en uno de ellos.

6—La lengua, normal en tres casos, cambios inflamatorios en 8, elementos de micelium en 4, y atrofia y descamación en la mayoría.

7—El estómago apareció con una pared fina o adelgazada en 7, con atrofia de las mucosas en 5, cambios autolíticos, en 1, cambios inflamatorios en 1, y edema en 1.

8—El intestino delgado: adelgazamiento de la pared en 7, atrofia de la mucosa glandular en un caso.

9—El pancreas normal en todos los casos.

10—La médula espinal fué estudiada en tres casos y en uno de ellos se encontró una degeneración del trayecto piramidal cruzado. ("crossed pyramidal tract")

11—La médula osea fué estudiada muy cuidadosamente y se encontró hiperplástica en 6, y aplástica en 5. La forma hiperplástica no puede ser diferenciada histológicamente de la médula osea en anemia perniciosa idiopática. Se estudió también la médula ósea conseguida "in vivo" por medio de taladros de la tibia con resultado igual al reportado en los casos autopsiados.

El adelgazamiento de la pared intestinal ,según el autor, es más aparente que real, puesto que los gases de fermentación durante la vida y los cambios autolíticos que ocurren en el intestino después de la muerte, tienden a distender el intestino.

La mucosa gástrica se encontró atrofiada en 60 por ciento de los casos y solamente en un 8 por ciento ocurrió atro-

fia en el intestino delgado y en el intestino grueso.

Los cambios inflamatorios encontrados aumentan en el trayecto gastro intestinal según nos acercamos al recto. No se encontró ulceración alguna en el intestino pequeño pero sí en el colon y en el recto.

Como puntos sobresalientes en el diagnóstico diferencial tenemos lo siguiente:

1—Emaciación

2—Atrofia de órganos internos.

3—Ausencia de degeneración grasosa del corazón.

4—Ausencia de cambios degenerativos en la médula espinal.

5—Menor grado de hemosiderosis.

En cambio la hiperplasia de la médula ósea encontrada en 55 por ciento de los casos de esprú no se puede diferenciar de la hiperplasia encontrada en casos de anemia perniciosa.

TRABAJO DEL DR. BAILEY K. ASHFORD

Empieza su interesante estudio recordándonos el cuadro hematológico predominante en 50 pacientes de uninariasis estudiados en el 1898 y que arrojaron un promedio de hemoglobina de 43.9%. Menciona párrafos de su libro "Uncinariasis en Puerto Rico" y de su trabajo escrito en colaboración con el Dr. King y que fué publicado en "American Medicine" en 1903. En el último de estos trabajos el doctor discutía la importancia de la eosinofilia y refiriéndose al primero menciona el hecho de que especímenes de sangre de pacientes uncinariásicos llevados por él al norte fueron clasificados allí como típicos de anemia perniciosa por el Dr. Cabot.

Nos presenta esta noche un estudio hematológico completo de 300 casos entre los cuales 63 fueron considerados como casos de anemia de tipo primario y éstos, con excepción de tres eran casos de esprú en su estado caquético. Esta clasificación fué hecha de acuerdo con la curva Price Jones que según el autor es típica o característica de estas anemias.

En sólo tres casos se encontró alguno que otro normoblasto o megaloblasto.

Prevalece en esprú un desgaste general que produce una hipoplasia de la médula ósea y no necesariamente una insuficiencia de la hormona hepática como ocurre en anemia perniciosa.

Nos habla también de su dieta alta en nitrogeno recomendada desde el 1914.

En cuanto a la reticulocitosis producida por el extracto de hígado llega a las mismas conclusiones ya mencionadas por el Dr. Pons; que la reticulocitosis producida por el extracto de hígado no es tan marcada ni tan rápida como la provocada por esta hormona en casos de anemia perniciosa.

Presenta un caso, (caso 133) muy interesante A este paciente se le administraron 30 gramos de ventriculina diariamente sin aumentar los reticulocitos y al aumentársele a 60 gramos ocurrió inmediatamente una microcitosis, una disminución en los valores sanguineos y el colapso. El autor sugiere que un exceso de la hormona provocó el desgaste total de los órganos hematopóyéticos y aceleró el desenlace fatal en este caso.

Conclusiones:

1—Que el factor básico de las anemias en Puerto Rico es nutricional.

2—Que no hay anemia perniciosa en Puerto Rico, que lo que ocurre es una insuficiencia de la médula ósea.

3—Que la pérdida azoica puede ser reemplazada solamente por el nitrógeno y por lo tanto la importancia de la dieta alta en proteidos.

4—El "Necator Americanus" y la "Monilia Psilosis" desarrollándose en tejidos y órganos debilitados producen: el primero, el cuadro de anemia del "jíbaro", y la segunda, el cuadro clínico conocido como esprú.

5—Recomienda como una medida sanitaria de vital importancia para la isla el abaratamiento de carne fresca, la cual debe ser usada siempre a medio cocer y nunca frita.

6—Y por último recomienda que se haga un estudio hematológico en el ejército de Puerto Rico, para poder llegar a conclusiones definitivas en cuanto al cómputo normal de eritrocitos y de hemoglobina.

LA TUBERCULOSIS--SU ASPECTO MEDICO-SOCIAL EN PUERTO RICO (*)

O. Costa Mandry

La insistencia del Presidente de la Sección de Ciencias Naturales, Físicas y Matemáticas de este Ateneo, Sr. Etieue Totti, me obligó a aceptar su invitación para dirigirme a ustedes desde este ilustre sitial por el cual han desfilado los hombres de más valer de nuestro pueblo en épocas pasadas y presentes.

Lo abstruoso y difícil del tema por las numerosas fases que presenta, el hecho de haber sido ya objeto de múltiples interpretaciones en conferencias públicas de vulgarización o especializadas y, por otra parte, mi falta de costumbre de dirigirme a auditorios heterogéneos, no médicos, me asusta y cohibe un tanto mis facultades de exposición; por lo cual pido a ustedes humildemente me amparen con especial benevolencia esta noche.

He escogido el tema, "La Tuberculosis, su aspecto médico-social en Puerto Rico", por creerlo de sempiterna actualidad, siempre presente en la mente de todos y porque, atañéndonos muy de cerca, la desnuda exposición de sus problemas encierra verdades muy amargas que debemos conocer objetivamente y juntos tratar de resolverlas, nosotros mismos. Unicamente así podemos darnos cuenta de la gravedad del problema con que nos confrontamos de los medios a nuestro alcance para su correcta solución y actuar de la manera más factible y eficaz.

Ya nuestro pueblo se va dando cuenta de sus problemas sociales y, despertando del letargo en que estuvo sumido por tantos años, quiere al fin, actuar.

En la actualidad se ha formado una "Asociación Insular contra la Tuberculosis" que ayudará y cooperará con toda empresa encaminada a este fin. Esta asociación está constituída por representantes de todas las sociedades e instituciones gubernamentales, y tiene el apoyo y ayuda de la Asociación Nacional contra la Tuberculosis. También tenemos cooperando actualmente en Puerto Rico a la "Asociación Americana Pro Salud del Niño, quien nos presta ayuda material y se interesa en los problemas de la niñez desvalida.

La legislación pendiente en estos momentos sobre profilaxis de la tuberculosis en la niñez es de una importancia enorme y de un valor incalculable por la significación que puede tener en la solución de nuestro problema, que no es otro que preparar el futuro de nuestros niños, haciéndolos aptos para el goce de la salud y de la vida. Nunca como ahora podemos decir la vulgar y repetida frase que la salud es la suprema ley vital.

Como decía antes es el problema de la tuberculosis de tanta magnitud y de tan difícil solución, debido a los muchos aspectos que tiene y a los intrincados factores que lo modifican que ha sido objeto de numerosas interpretaciones por los hombres más preparados en esta materia en nuestro país.

(*) Conferencia dada en el Ateneo Puertorriqueño el 20 de Marzo de 1931 bajo los auspicios de la Sección de Ciencias Naturales, Físicas y Matemáticas de dicho centro.

Yo solamente voy a enfocar el problema en conjunto, desde un punto de vista panorámico. Muchos de los hechos que citaré, son sobradamente conocidos por ustedes, pues, pertenecen al dominio público. Pero nunca se insistirá demasiado en la necesidad de interesar a nuestro pueblo; en hacerlo que se detenga un instante y piense y medite un momento sobre este problema, pues únicamente así se podrá dar cuenta exacta de la gravedad de él y de la dificultad que entraña su correcta solución.

El profano, el vulgo llama o apoda la tuberculosis consunción o tisis. Los antiguos, nuestros predecesores los griegos, dieron a la enfermedad el nombre de "phthisis" que no significa otra cosa que consunción lenta, marasmo, languidez, demacración. La palabra se deriva del verbo griego, "phthio" que significa "yo seco, deseco, corrompo". El deplorable aspecto de delgadez, palidez y desnutrición del tísico ambulante produce en la gente una impresión en que la lástima, la compasión, va mezclada a la repulsión. De ahí el sentido despectivo que hoy lleva la palabra tísico, el cual es muy otro al de su primitivo significado.

Es un hecho conocido en el mundo científico, el que la tuberculosis ha existido por muchos años. Estudios practicados en momias egipcias de épocas de 2000 a 3000 años antes de la Era cristiana han demostrado la presencia de lesiones tuberculosas en los huesos y espina dorsal.

En el 1865, varios años antes de descubrirse la causa o factor etiológico de la tuberculosis, Villemin, ilustre médico francés, demostró experimentalmente por medio de animales que la tuberculosis se podía trasmitir inoculando a un animal con el esputo de un tuberculoso.

Al ilustre sabio alemán Roberto Koch, a quien conjuntamente con el glorioso sabio francés, Louis Pasteur, se debe en gran parte la base firme y solida en que se encuentra hoy "la bacteriología", rama importantísima de la ciencia médica. Fué Koch, quien en el 1882, durante aquella época memorable de 1875 a 1900, esplendorosa iniciación de la bacteriología, pues en ella se hicieron los descubrimientos más notables y de mayor valor práctico para toda la humanidad, descubrió el bacilo de la tuberculosis y demostró que éste era el factor etiológico de la enfermedad, y más tarde descubrió también la tuberculina, substancia producida por el propio bacilo y a la cual Koch atribuyó propiedades curativas. A esto se debe en gran parte la orientación firme y el progreso indiscutible de nuestros conocimientos sobre la plaga blanca.

Los procesos infecciosos, por su curso clínico, largo o corto según su gravedad, han preocupado siempre a los profanos y a los médicos, como problema científico, social y de salubridad pública.

El descubrimiento de las bacterias patógenas ha descorrido en parte el velo del misterio que por tantos años intrigó a la humanidad. Las bacterias explican fácilmente el contagio de las enfermedades.

Los síntomas de las enfermedades y la gravedad de éstas, dependen de varios factores. Entre éstos se cuenta la excesiva cantidad de gérmenes que intervienen en la invasión y la multiplicación subsecuente de los microbios en el cuerpo humano, la virulencia de ellos, y su

facultad para producir sustancias tóxicas.

Ahora bien: en el mecanismo de toda enfermedad la lesión focal es siempre el resultado de la invasión en el cuerpo humano por algún agente o microbio patógeno, por consiguiente en este proceso hay dos factores que juegan un papel primordial:

1.—La presencia del germen o sea el factro causal etiológico.

2.—El terreno o medio apropiado para que este factor etiológico crezca y se multiplique, o sea el cuerpo humano en condiciones tales de receptividad que no le sea posible repeler la invasión y crecimiento del germen en alguna parte del cuerpo.

Hay cuatro clases de tipos de bacilos tuberculógenos, pero solamente dos de éstos son patógenos para el hombre y pueden producir la enfermedad: el tipo humano y el tipo bovino. El tipo humano es mucho más virulento y peligroso que el tipo bovino. El 99% de la tuberculosis en adultos y de un 85 a 95% de la tuberculosis en los niños son producidas por el bacilo tuberculoso, tipo humano. El tipo bovino es más común en las formas benignas de la tuberculosis, como algunas adenitis, tuberculosis ósea y de la piel.

La tuberculosis se adquiere de varias formas. El bacilo tiene acceso al cuerpo humano por medio del contacto directo con un tuberculoso activo y por medio de la leche u otros alimentos contaminados con bacilos de Koch virulentos.

El bacilo llega a su destino final de distintas maneras, siendo las más conocidas las que verifica por medio del sistema gastro-intestinal o respiratorio, a través de la piel o membranas mucosas y, en un número muy reducido, por infección a través de una placenta infectada.

La gran mayoría de los autores se inclinan a creer que la tuberculosis en los adultos o sujetos de edad avanzada es el resultado de infecciones y reinfecciones con bacilos virulentos durante los primeros años de la infancia; "*es,* ha dicho alguien, *la última estrofa de un poema que empieza en la niñez*".

Como corroboración a esta idea o hipótesis se citan a menudo los extensos y numerosos experimentos practicados en distintos países del mundo con la prueba de la tuberculina en niños de distintas edades.

Unas 2,500 pruebas de tuberculina verificadas por el Dr. Rodríguez Pastor en Puerto Rico arrojan un 64 por ciento de reacciones positivas en niños escolares de 8 a 10 años de edad, niños todos que han sido infectados por bacilos tuberculógenos durante alguna época de su vida.

Si comparamos estos datos con estudios hechos en Filadelfia vemos que allí un 65 por ciento dieron resultados positivos en las mismas edades.

Germaine Mioche encontró un 67.4 por ciento de positivos en niños de 5 a 10 años de edad en París.

Es el consensus general de opinión entre los más connotados en esta materia que alrededor de un 90 por ciento de niños menores de 18 años dan una reacción positiva a la prueba de tuberculina.

Se calcula que una de cada diez del total de muertes en el mundo, es producida por tuberculosis. Y puede decirse, sin lugar a equivocaciones, que la tuberculosis es la más común de todas las enfermedades presentes en el mundo civilizado; y hasta podría asegurarse que es

el más caro tributo que la humanidad paga al progreso y a la civilización. No respeta sexos, edades, razas ni climas. Solamente aquellas regiones inexploradas lejos de la civilización están casi exentas de la tuberculosis; pero cuando el gérmen morboso invade estos terrenos vírgenes se ceba en sus habitantes que pueden quedar aniquilados en poco tiempo. Es el mismo fenómeno que otras veces ocurre cuando los habitantes de regiones remotas e inexploradas vienen a países civilizados, superpoblados, en donde la enfermedad abunda.

La tuberculosis puede atacar todos los órganos y partes del cuerpo humano, presentando distintas modalidades y síndromes según los casos. Pero hay ciertas partes u órganos del cuerpo humano hacia las cuales tiene especial predilección: tales son los pulmones y el sistema linfático. Algunas de las formas de la enfermedad son fatales y todos los adelantos de la ciencia son impotentes ante infecciones tuberculosas de las meninges o ante la forma generalizada de infección que llamamos tuberculosis miliar.

En la lucha contra la enfermedad que sostienen los atacados por ella hay muchos factores que influencian el curso que ésta ha de seguir; factores o accidentes, si así podemos llamarlos, que pueden ser salvadores o fatalmente desgraciados. Estos factores o accidentes que el paciente no puede modificar o cortar juegan, como ya dije, un papel importantísimo, en el ulterior desarrollo de la tuberculosis. Como dijimos, la virulencia del bacilo invasor, el poder de invasión y la localización en el cuerpo, son condiciones variables, que determinan directamente la mayor o menor gravedad de la enfermedad.

Es un accidente afortunado cuando el bacilo se aloja en un sitio escogido del pulmón y causa una hemorragia, porque ésta da la voz de alerta; porque el accidente más desgraciado ocurre cuando el bacilo va directamente a la sangre y ésta le transporta a las meninges donde produce una afección mortal.

Puerto Rico goza del triste privilegio de marchar a la cabeza del mundo civilizado en cuanto a mortalidad por tuberculosis se refiere, siendo el promedio de muertes por esta enfermedad, correspondiente a un número determinado de la población, mayor que en muchos otros países. Es este un honor que no nos honra mucho y al cual podríamos gustosos renunciar. El promedio de mortalidad de tuberculosis en nuestro país es tres veces mayor que el de la ciudad de Nueva York.

La tuberculosis es principalmente un problema de las ciudades, sobre todo de aquellas localizadas en la costa y que son centros de industrialización.

El promedio de muertes en la zona urbana es 3½ veces mayor que en la zona rural. La falta de alimentación adecuada y aire puro y luz solar y la aglomeración influyen grandemente en esta mortalidad. En las barriadas pobres de las ciudades en donde cinco, seis o hasta diez individuos viven juntos en una pequeña barraca, oscura y sin ventilación, y con escasos recursos para alimentarse es donde la tuberculosis hace sus mayores estragos. Es curioso notar, en los mapas demostrativos de casos de tuberculosis, que se exhiben en las distintas oficinas de de Sanidad de San Juan, cómo en el Condado, barrio aristocrático, los alfileros en colores que indican los casos existentes son pocos y aparecen esparcidos, mientras que en otros barrios donde viven gentes de humilde condición, tales como Salsipuedes, Gandul, Tras Talleres, etc., son tantos los alfileres que ca-

si no pueden contarse. Igual comprobación se obtiene examinando los planos de la ciudad de Nueva York preparados por Biggs.

Ante un hecho de tan fácil observación, que tiene la evidencia demostrativa de toda imagen visual, no parece exajerada la frase de que la tuberculosis es la hermana gemela de la miseria; de aquí que su estudio rebasa los límites médicos para convertirse en un problema social, de organización del capital y el trabajo, de examen crítico del sistema capitalista

Las enfermedades gastro-intestinales clasificadas en las estadísticas oficiales como diarrea y enteritis, y la tuberculosis, son las dos causas principales de muerte en Puerto Rico. La primera,—diarrea y enteritis — hace sus estragos principalmente en la infancia, en la edad tierna en que el organismo humano es más vulnerable. La segunda causa—la tuberculosis—ataca también a la infancia, pero produce sus mortales estragos en la adolescencia y edad juvenil, en la época valiosa e interesante de la vida, privando así a la sociedad de sus elementos más prometedores. Es este el momento de la aparición de los síntomas destructores de la enfermedad y a la que mayor cuidado debe prestarse por el médico higienista, por las autoridades sanitarias, por los familiares y por los maestros que son los obligados a mirar por el futuro de un pueblo.

El problema de la tuberculosis es en parte un problema educativo. Hay que educar a las gentes para que tengan algunas nociones elementales, pero ciertas, de la naturaleza de la enfermedad y puedan así cooperar con nosotros los médicos en esta guerra de vida o muerte contra uno de los grandes males que azotan nuestra isla.

Es un hecho probado durante la Guerra Mundial que cuando las condiciones económicas de algunos pueblos descendieron hasta sumirse en una lamentable pobreza, la tuberculosis aumentó de una manera alarmante. Varios autores alemanes llamaron la atención del mundo hacia el aterrador aumento de la mortalidad por tuberculosis que experimentaron las ciudades alemanas durante la conflagración mundial.

Lo mismo ocurrió en Varsovia y otras muchas ciudades, fuera del territorio alemán, en las que se hizo sentir la perturbación originada por el conflicto bélico.

Cuando se restablecieron las condiciones creadas por la guerra y se normalizó la economía, y aumentó la cantidad de alimentos y de hogares habitables, volvió entonces a disminuir la mortalidad y bajó a las mismas cifras, poco más o menos, que antes de la guerra. Parece como si estas perturbaciones en la economía de los pueblos, crearon una baja en la vitalidad y fueron como la chispa que enciende y activa procesos patológicos dormidos que yacían inactivos por muchos años.

¿Qué ocurre en Puerto Rico? ¿Son nuestras condiciones económicas equiparables a las de los pueblos europeos en sus crisis post-bélicas?

No me atrevería a asegurarlo. Pero sí podemos asegurar que en estos momentos, coincidiendo con un aumento desmesurado de la población y un desastroso estado económico,—desempleo, sobra de brazos, y escasez de alimentación—la tuberculosis, siempre acechante, fiel a sus designios de destruir vidas humanas, aumenta sus cifras de año en año, a pesar de todos los esfuerzos que hacemos, y de todos los obstáculos y barreras con que tratamos de atajarla, y marcha con paso firme en su camino de destrucción y de exterminio.

Este aumento en el número de casos y muertes por tuberculosis no es de ahora. Aunque entre muchos prevalece la idea de que el aumento en la tuberculosis data desde la ocupación americana, sabemos que no es así; que mucho antes de esa fecha la tuberculosis venía aumentando notablemente.

Transcribimos a continuación varios párrafos interesantes de una historia médico-quirúrgica escrita por el Dr. Enrique Dumont en el año 1875:

"La tisis va ciertamente en progreso en la Isla de Puerto Rico. En otra época, apénas podía hallarse un tísico en un distrito; hace treinta años se señalaban esos raros enfermos, se les conocía, y sobre todo, cuando llegaban a sucumbir, o aún desde que entraban en el período de gravedad, se les rodeaba de precauciones, bien tomadas para impedir la propagación de la enfermdad, si el hecho de la trasmisibilidad hubiera estado claramente establecido: aislábase por completo a los enfermos, sus aposentos estaban separados, escogida la gente a su servicio y exclusivamente dedicada a ellos; los objetos, muebles, vestidos, utensilios de mesa de su uso personal, puestos aparte; después de la muerte, se quemaba todo aquello que les había pertenecido, y la misma casa se cerraba y era abandonada a la ruina, cuando no se la entregaba a las llamas. Más de una vez hemos sido nosotros mismos testigos de ese abandono, hasta de los bohíos de los pobres, que adoptan todavía, particularmente en las montañas, las mismas ideas de prevención; y si se preguntaba al guía la causa del abandono de esos modestos edificios, cuyos materiales anunciaban sin embargo una construcción bastante reciente, casi siempre respondía: "esta casa ha perdido a su amo, que ha muerto de tísis, y la familia lo ha abandonado todo."

"La tísis va en progreso en la isla de Puerto Rico, como en la mayor parte de las Antillas y de las regiones intertropicales. La capital de Puerto Rico como todas las plazas de guerra, está cerrada por murallas, dentro de las cuales sus casas apretadas rebosan de habitantes y no tienen más recurso que superponer pisos nuevos, de donde la insalubridad y tal vez uno de los motivos de la frecuencia de la tuberculización pulmonar y otras enfermedades abundan dentro de sus muros."

"Si la tísis es trasmisible, mientras más joven el sujeto más prudente será evitar el confiarles el cuidado de los niños, puesto que gozan de una receptividad más grande que los adultos."

Así decía el autor, ilustre hombre de ciencias, quien nos legó importantes nociones médicas de aquella época.

Examinando las cifras de mortalidad por tuberculosis de nuestro departamento de Sanidad veremos como esta causa de muerte se mantiene más o menos estable, aumentando un año, disminuyendo el otro pero siempre en número exagerado y fuera de proporción. En casi todos los países civilizados la curva de mortalidad, al contrario de Puerto Rico ha ido disminuyendo gradualmente.

Si comparamos el número de muertes por tuberculosis por cada 100,000 habitantes, informadas en Puerto Rico con el Area de Registro de los Estados Unidos vemos las cifras amedrentadoras que aumentan de año en año o se mantienen estables en Puerto Rico, mientras que en el Area de Registro de los Estados Unidos las cifras son relativamente bajas y disminuyen gradualmente de año en año. Así podemos observar la curva de mortalidad estudiando las cifras desde 1918:

Año	Area de Registro	Puerto Rico(*)
1918	150.0	201
1919	125.6	212
1920	114.2	196
1921	99.4	202
1922	97.0	200
1923	93.6	200
1924	90.4	205
1925	86.6	221
1926	87.1	240
1927	80.8	267
1928	79.2	248
1929	—	301
1930	—	283

(*) Cifras al terminar el año fiscal.

Si analizamos todas las muertes informadas anualmente al Negociado de Estadística Demográfica del Departamento de Sanidad vemos que de este total los siguientes corresponden a tuberculosis:

1925-26	10.5 %
1926-27	11.4 %
1927-28	12.1 %
1928-29	10.9 %
1929-30	13.3 %

La tuberculosis, como ya dijimos, abunda principalmente en la costa y pueblos que son centros de industrialización, siendo más escasa en los pueblos del centro de la isla localizados en las regiones altas.

Durante el año fiscal 1929-30 se mantuvieron a la cabeza, con un promedio de muertes de más de 400 por cada cien mil habitantes los siguientes pueblos:

Caguas	Hormigueros
Ponce	Salinas
Juncos	Fajardo
Río Piedras	San Juan
Aguadilla	

A estos siguieron de cerca, con un promedio menor de 400 pero mayor de 300:

Arecibo	Humacao
Guayama	Guánica
Mayagüez	Bayamón

Los pueblos que tuvieron un promedio más bajo, aquellos que lograron mantener este menor de 125 son:

Las Marías	Jayuya
Utuado	Villalba
Lares	Quebradillas
Luquillo	Maunabo
Loiza	Maricao

Podrán algunos objetar que estas estadísticas en nuestro país no son exactas, que muchos de estos enfermos no fueron vistos por médicos y por lo tanto el diagnóstico es dudoso; pero debemos recordar que este error queda compensado por el gran número de diagnósticos en que la causa de muerte se atribuye a distintas enfermedades no siendo en realidad sino tuberculosis; pues, muchas formas de esta enfermedad protéica pasan desapercibidas, especialmente en los campos de la isla, donde los médicos no tienen a su alcance los medios de investigación objetiva—laboratorio, Rayos X, etc. —que permiten llegar a una conclusión diagnóstica correcta e indudable.

Todo hace presumir que la tuberculosis indudablemente seguirá en aumento en Puerto Rico. El progreso y la civilización con sus centros urbanos industriales, las modernas redes de carretera, los rápidos y fáciles medios de transporte al alcance de todos, y la vida agitada que vivimos, parecen indicarlo.

Un país superpoblado como el nuestro que empieza ahora su proceso de industrialización, donde se crean fábricas y talleres que ofrecen salarios más remuneradores que los que puede dar la agricultura, tiene necesariamente que experimentar un movimiento poblacional del campo a los centros urbanos en que se establecen las industrias. Viene nuestro campesino al pueblo y tiene que vivir en barriadas pobres en condiciones muy inferiores de salubridad a las que gozaba en su bohío. Allí, por lo menos había aire, Aquí ha de luchar en un medio al que no está habituado y puede con facilidad ser presa de la tuberculosis. Aún en el caso de una mejora de salarios, siempre transitoria, la lucha es desfavorable para un ser no adaptado a un nuevo medio de vida.

Este es el grave problema con que nos confrontamos.

Distintos autores, comentando el número de tuberculosos existentes en Puerto Rico, han estimado la cifra desde 25,000 hasta 60,000. En la oficina del Epidemiólogo del Departamento de Sanidad Insular tenemos actualmente records de 9,926 tuberculosos activos repartidos en toda la isla e informados durante un período de tres años. Los casos informados y las muertes registradas en los distintos municipios de la isla no guardan proporción alguna unos con otros. Estos records no indican ni siquiera aproximadamente el número de tuberculosos que hay en realidad en Puerto Rico, y por lo tanto no podemos usarlos para un cálculo aproximado.

Distintas autoridades opinan que cada muerte informada como tuberculosis corresponde a unos 10 casos de la enfermedad. Si nos guiamos por esta regla tenemos que el pasado año se informaron en Puerto Rico 4,363 defunciones por tuberculosis, equivalente esto a 43,630 casos de la enfermedad. Este número que no es exacto, pero que si en algo peca es en ser inferior a la realidad, indica que una de cada 28 personas está tuberculosa en Puerto Rico.

El promedio de muertes por tuberculosis es mayor en el sexo femenino. No se ha hecho estudio alguno tendente a demostrar el factor causal de esto; pero, indudablemente, que la maternidad excesiva de nuestras mujeres, y las condiciones de miseria y pobreza en que viven, ejerce en ellas una acción debilitante y predisponente que facilita el desarrollo de la enfermedad. Por otra parte es bien conocido el hecho heroico de nuestras mujeres que cuando la penuria y la escasez del alimento reinan en el hogar la madre se quita, como vulgarmente se dice, el bocado de la boca, para dárselo a sus hijos y al marido, que es el que trae el pan a la familia y pueda así seguir trabajando. La raza de color es más susceptible a la tuberculosis que la raza blanca; éste es un hecho observado en Puerto Rico que confirma la regla general, según hechos observados en todos los países del mundo.

De estudios estadísticos practicados en Puerto Rico por el que suscribe tenemos que la tuberculosis no reconoce edades y ataca desde los recién nacidos hasta los más viejos. Sinembargo hay grupos de edades en las que prevalece más intensamente. Así vemos que de cada mil muertes de tuberculosis la distribución por edades es como sigue:

6% corresponde a los menores de 15 años
10% corresponde a las edades de 15-19 años
18% corresponde a las edades de 20-25 años
15% corresponde a las edades de 25-30 años
21% corresponde a las edades de 30-40 años
13% corresponde a las edades de 40-50 años
12% corresponde a las edades de más de 50

Vemos pues que la tuberculosis ataca a la adolescencia en la cual hace el mayor estrago, acusando un 54 por ciento del total de muertes por dicha causa entre las edades de 20 a 40 años. Esta observación no es nueva, pues hace sesenta años según decía el Dr. Dumont *"la tisis es una enfermedad que pertenece a la época media de la vida y cuyos primeros síntomas comienzan con la pubertad."*

El recién nacido está por lo general libre de infección tuberculosa; la infección ocurre más tarde y cuando en los primeros años de vida, los infantes caen víctimas de la tuberculosis, ésta reviste entonces formas graves y suele ser casi siempre fatal. Todo lo contrario ocurre, cuando la enfermedad se contrae o aparece, en sujetos de edad avanzada, pues en-

tonces, el morbo tiende frecuentemente a producir formas crónicas y benignas.

Cuarenta años de estudios consecutivos sobre la bacteriología del bacilo de Koch, han demostrado que solamente un pequeño número de casos infectados o invadidos por el bacilo caen presa de la enfermedad y que esa gran mayoría que escapa tolera la infección, hasta que alguna causa ocasional reaviva e inicia el proceso morboso.

Las formas de tuberculosis observadas en niños de corta edad se diferencian tanto de las observadas en los adultos en cuanto a su sintomatología y patología, que casi podría considerárseles como dos enfermedades distintas.

¿Qué vamos a hacer en Puerto Rico para combatir este mal que nos azota despiadadamente? Muy fácil es sugerir medios y dar consejos; lo difícil estriba en que estos sean de fácil ejecución y el que esté a nuestro alcance el ponerlos en práctica.

En tres pueden resumirse los factores que directamente influencian el curso de la tuberculosis en sus formas curables; tres palabras que suenan tan sencillas y están tan lejos del alcance de muchos:

1.—Descanso
2.—Alimentación
3.—Aire Puro

No vamos a discutir esta fase del problema que se refiere a tratamiento y vamos a pasarla por alto; solo queremos que recordeis que la tuberculosis en la gran mayoría de los casos es una enfermedad curable. Y que es un hecho científicamente comprobado el que el 90 por ciento de la humanidad ha tenido tuberculosis durante alguna época de su vida.

En vez de pensar que el 10 por ciento de la mortalidad del mundo es causada por la tuberculosis, ¿por qué no invertimos los términos y decimos que el 90 por ciento de la tuberculosis no es causa primaria de muerte y por lo tanto el 90 por ciento de los afectados de tuberculosis viven en perfecta salud?

En dos pueden resumirse las medidas que podamos adoptar para el control de la enfermedad como problema de salubridad pública en Puerto Rico:

1.—Evitar que aquellos afectados de la enfermedad sirvan de focos de contaminación a otros.

2.—Evitar que aquellos que están sanos contraigan la enfermedad.

Aunque lo primero es casi un imposible podemos por lo menos hacer un esfuerzo y tratar hasta donde podamos de reducir el número de tuberculosos activos que esparcen los gérmenes vivos por todas partes.

Es necesario localizar los casos para poderlos educar sanitariamente. La educación general ayuda en gran parte, enseñándoles a buscar los centros médicos y dispensarios donde se les presta ayuda y consejos.

Para ello es absolutamente indispensable que se informen los casos conocidos o sospechosos al departamento de Sanidad. Son pocas las notificaciones que se hacen actualmente. Un gran número de ellas se conocen por los exámenes de esputo de casos sospechosos que se practican en el Laboratorio Biológico, bien enviados directamente por los médicos, bien por intermedio de las Unidades de Salud Pública y de los dispensarios, o remitidos por las oficinas locales de Sanidad. En un período de dos años el laboratorio informó 1,200 casos excluyendo aquellos procedentes del Sanatorio o dispensarios anti-tuberculosos. Estos 1,200 casos positivos representan el 20 por ciento de las

muestras analizadas en ese tiempo, y son casos activos de la enfermedad; tuberculosis abiertas, regaderas de gérmenes, que sirven de focos de contaminación.

Lo primero, esto es: la localización de los casos, se consigue en parte, en los dispensarios para tuberculosis en donde los tuberculosos van en busca de curación. Allí se les examina y se determina su enfermedad; se le dan consejos y se educan. Estos dispensarios son indispensables en la localización de los casos.

Es indispensable también que tengamos métodos más exactos de obtener estadísticas para poder determinar la frecuencia de la enfermedad y el resultado de las medidas puestas en vigor, como también para comparar la magnitud de la ocurrencia con la observada en otros países.

Así pues, la educación del tuberculoso, la conseguimos por medio de la clase médica, los dispensarios públicos con su servicio de trabajadoras sociales y por medio de las diferentes asociaciones públicas.

Es esencial que un tuberculoso sepa que es tuberculoso; que conozca los medios de propagación de la enfermedad y los evite de buena fé y con todo corazón: que conozca el método de vida que debe llevar para evitar la causa que puede avivar el rescoldo de un foco latente. Esto indudablemente no se consigue en un día; se necesita tiempo y paciencia y otra clase de recursos muy importantes que mencionaremos más tarde.

En cuanto a la hospitalización de enfermos; a la limitación de focos activos de contaminación; éste es un asunto en extremo importante en Puerto Rico.

Cálculos aproximados hechos por Cornet ponen en 7,200,000,000 el número de bacilos tuberculógenos que son expelidos en un día en los esputos de un paciente con focos activos de tuberculosis que descargan al conducto tracheo bronquial. Si imaginariamente colocásemos estos bacilos uno detrás del otro en línea recta, formaríamos una cadena de unas 12 millas de largo o sea más o menos el trayecto de San Juan a Carolina.

Poco beneficio nos aporta en sí, el que un paciente vaya a un dispensario y sea sometido a un cuidadoso examen, se le diagnostique como tuberculoso, se le mande a acostar, a alimentarse bien, a estar al aire libre, si ese enfermo vive en un pequeño cuarto con el resto de su familia, siendo el único sostén de ella y ganando escasamente lo suficiente para vivir en la más espantosa miseria. La educación que le demos, no la pondrá en práctica a menos que no se acostumbre a ello, recibiendo instrucciones y viendo a otros practicarlas.

Podemos dividir la hospitalización en dos clases; primero el sanatorio, para aquellos en que hay esperanzas de curación, en los cuales la enfermedad no ha puesto aún el sello fatal de muerte; aquellos que por medio de un régimen especial podrán volver a ser lo que eran y rendir a la humanidad los servicios que ésta demanda de ellos.

El Sanatorio es la academia o universidad del tuberculoso; en él aprende a protegerse y a proteger a los demás.

En los dos sanatorios que tenemos actualmente en Puerto Rico, uno en Río Piedras y otro en Ponce, albergamos 306 de los 40,000 tuberculosos o sea menos del 1 por ciento. Los restantes (99%) están en hoteles, fondas y casas particulares en los distintos pueblos de la isla.

En segundo término, podemos incluir los hospitales para aquellos en que la enfermedad está fuera de control; aquellos casos avanzados, incurables, realengos, que andan por nuestras calles sembrando la semilla fatal de su enfermedad a

diestro y siniestro. Estos son los casos peligrosos para la vecindad y deben, sin ningún género de duda, ser recluídos en hospitales, no en sanatorios, en un sitio limpio, tranquilo, donde sean atendidos con caridad y buen trato y puedan pasar sin encono y confortablemente los días que les resten por vivir.

Para cumplir con este fin no necesitamos modernos y lujosos hospitales pero sí modestos y amplios edificios en las ciudades donde la enfermedad ocurre en número mayor; habilitados para que puedan hospitalizar grandes números de enfermos; donde tengan una cama limpia, un lugar donde estén tranquilos y si, por falta de recursos, no se les puede dar la alimentación que la ciencia requiere, que por lo menos tengan un bocado de comida que nunca será peor que el que tenían en sus tristes bohíos o casuchas.

Después de todo lo más importante en instituciones de esta naturaleza es un personal comprensivo y competente, que sepa tratar con benevolencia y caridad cristiana a estos seres desgraciados, condenados irremisiblemente a morir y que la sociedad se ve obligada a separar de sí en beneficio de su propia existencia.

Es igualmente necesario que los servicios de dispensarios y de exámenes físicos a los empleados en la confección y venta de bebidas y productos comestibles manufacturados; servicios de eficiencia indudable, rendidos por el Departamento de Sanidad, que deberían ampliarse convenientemente, pues, es la única manera de prevenir y descubrir los focos de contagio.

Si importante es inculcar hábitos higiénicos en los sanos para que no contraigan la enfermedad, tanto más importante es educar sus sentimientos, variar sus hábitos psicológicos, sus instintos de repulsión y de desprecio hacia el tuberculoso. Deberá procurarse desarraigar ese miedo irracional de los que se creen sanos y saludables hacia el pobre tísico, estigmatizado con el nombre de una supuesta enfermedad incurable. Si los miramos con menos escrúpulos e infundados temores habremos logrado realizar no solamente una obra noble y caritativa, sinó que obtendremos de éllos su cooperación espontánea hacia la obra de profilaxis social. No basta una mera sospecha para condenar a un pobre ser al ostracismo y al confinamiento. Y aún despnés de demostrar la existencia cierta de la enfermedad por métodos positivos de investigación, debemos recordar que el 90 por ciento de la humanidad ha padecido en alguna época de su vida de las múltiples formas de tuberculosis y que un tuberculoso, consciente y enterado de su enfermedad no constituye un gran peligro para la sociedad en que vive y se desenvuelve.

Para poder atacar este problema tenemos que apoyarnos en un programa educativo intenso; únicamente así lograremos que desaparezcan los prejuicios y la calamitosa abundancia de curanderismo; únicamente así podrán las madres aprender cómo evitar las enfermedades en su prole, cómo alimentar al niño, cómo criarlo, cómo preservarlo de las enfermedades contagiosas. Pero para un programa educativo de tales proporciones se necesita dinero. Porque el primer paso sería preservar nuestra infancia de necesidades y peligros, sacarla de los sitios de hacinamiento donde vive, llevarla a otros donde abunde el alimento, y reine el aire y la alegría de vivir.

Ya no podemos pensar, como en los tiempos de nuestros abuelos, que los chicos se crian solos, sin cuidados, y que libre y espontáneamente, pueden salir hombres sanos, fuertes y nobles. Todo eso hay que olvidarlo. Hay, sí, que dejar

un gran margen libre a la espontaneidad; pero la civilización de los tiempos modernos exige que esta espontaneidad debe ser guiada, conducida, para facilitar el triunfo que siempre obtienen en la vida los fuertes y los sanos.

Es innegable que la mortalidad infantil por cualquier causa que fuere, empieza a aumentar su proporción en una familia que carece de medios apropiados para vivir, cuando aumentan los hijos. El alimento y los cuidados disminuyen a medida que estos aumentan.

Mientras existan las actuales condiciones económicas, prevalecerán la miseria e ignorancia; mientras nuestras mujeres traigan más hijos al mundo de los que buenamente puedan mantener serán éstos víctimas propicias de los temibles virus sociales y patológicos; mientras nosotros permanezcamos impávidos ante estos hechos; mientras influencias sentimentales nos mantengan inertes, seguirá ejercitándose la maternidad por hembras irresponsables y nuestras cifras estadísticas presentarán el aspecto bochornoso que hoy tienen en lo que se refiere a tuberculosis y mortalidad infantil.

Si los remedios sociales no son factibles porque la humanidad por razones sentimentales o religiosas los rechaza, ¿qué hacer? Desde el punto de vista médico-social, ¿es realmente inmoral el malthusianismo? Si tenemos que reducir la mortalidad de alguna forma, ¿estamos justificados en hacerlo a expensas de la natalidad?

Hay que analizar bien los hechos y situarnos desde un punto de vista social y biológico, para poder juzgar en un asunto de tan vital importancia en la vida de un pueblo, donde consideraciones morales, muy respetables, entran en litigio. ¿Qué deberemos hacer para resolver el conflicto? ¿No sería más provechoso para la sociedad, evitar que una mujer enferma, tuberculosa, sumida en la más espantosa miseria, sin recursos para sostenerse ella y su familia, traiga al mundo hijos que serán cargas para ellos y el estado; enseñándole por una "discreta divulgación médica" la forma de limitar la procreación entre tanto cure de su enfermedad, mejore su estado fisiológico y su situación económica? Es bien sabido por la ciencia médica que el embarazo juega un papel muy importante en la activación de los focos latentes de tuberculosis que han estado dormidos por muchos años.

Necesitamos fortalecer a nuestro pueblo, nutrirlo para que cuando sea víctima del bacilo de Koch tenga vitalidad, fuerza y empeño para darle la batalla y no permitir forzar la fortaleza humana. Necesitamos que nuestro pueblo pobre tenga trabajo para que pueda alimentar a sus hijos.

Entre los pasos de avance que ha dado el estado en su campaña activa para reducir la mortalidad infantil en Puerto Rico, se encuentra el establecimiento de estaciones para la repartición de leche a los niños pobres.

Es indispensable que este trabajo que lleva a cabo nuestro Departamento de Sanidad con la cooperación de la Asociación Nacional Pro Salud del Niño, se continúe por lo menos en igual forma que se hace al presente.

En el corto tiempo que hemos dado este beneficio a nuestro pueblo infantil, se ha notado que la mortalidad en el grupo de niños a los cuales se suministra la leche, es mucho más baja que la mortalidad infantil general, apesar de que este grupo de niños es escogido de los más pobres y necesitados de nuestra población. Las muertes en este grupo han sido escasas y en algunos pueblos no se

ha registrado hasta la fecha ninguna.

Debemos poner todo nuestro empeño para que esta labor continúe, dar nuestra cooperación y ayuda para que se extienda a la zona rural, y que en cada estación establecida al presente, se aumente la cantidad de leche a repartir.

Enseñanza, educación, refugios, escuelas de puericultura, sitios donde dar a los niños alimentación adecuada, sitios donde darles albergue y donde se repongan los predispuestos. Trabajo de higiene social en las escuelas e instituciones; exámenes físicos periódicos a los niños retirando aquellos que tengan señales de enfermedad o estén predispuestos a ella.

Debemos cooperar con esas instituciones cuyo fin es librar a nuestro país de esta desdichada y traicionera plaga. Tenemos en Puerto Rico una institución nativa, producto de nuestro esfuerzo, que rinde una labor de inestimable beneficio; una institución que recoge niños que viven en un ambiente bacilífero y los lleva a un sitio higiénico y cómodo, y los convierte en seres saludables; niños aptos para las futuras luchas de la vida. Esa institución es el "preventorio de la Sociedad para evitar la tuberculosis en los niños". Instituciones de este tipo son necesarias en Puerto Rico y debemos tratar de fomentar la formación de otras muchas.

De intento he dejado para lo último un nuevo método de profilaxis, del cual se ha hablado mucho en estos últimos años, para la prevención de la tuberculosis durante los primeros días de la vida; método que es objeto de estudios y experimentos en todas partes del mundo y que se esgrime como arma de combate contra esta terrible enfermedad. Me refiero a la vacunación en la primera quincena de la vida por medio de la vacuna Calmette Guerrin.

La vacuna consiste de un bacilo tipo bovino, procedente de una vaca, el cual Calmette ha convertido en inócuo e inofensivo, por medio de cultivo artificial en ciertos *medios*, durante un largo período de tiempo. Este bacilo ha perdido completamente su virulencia, pero no así sus otras propiedades. La vacunación se verifica, como dije antes, en los primeros 15 días de vida, dando al infante una gran cantidad de bacilos jóvenes, pero vivos, en un poco de agua azucarada o leche. Los bacilos atraviesan la pared gastro-intestinal, y se alojan en las glándulas mesentéricas desde donde producen los efectos deseados.

La inmunidad, esto es, la resistencia contra la tuberculosis, la entiende Calmette como un estado peculiar de resistencia del cuerpo humano a las reinfecciones, que depende y se modifica debido a la presencia de bacilos tuberculógenos en el cuerpo o a una lesión latente. El BCG cuando se introduce en el cuerpo humano produce esa inmunidad, y por lo tanto protege contra las reinfecciones. Por cuánto tiempo mantiene el BCG esta propiedad inmunizante del cuerpo contra nuevas reinfecciones, no lo sabemos con certeza y las autoridades difieren en sus opiniones. Se calcula por algunos que esta propiedad dura por un período máximo de *cinco años*. Aunque un buen número de los investigadores informan resultados favorables y recomiendan el uso del BCG, el método es difícil y peligroso, y sólo debe confiársele a manos expertas. Muchos investigadores difieren de Calmette y los defensores del BCG. Se ha demostrado por Watson en el Canadá que repetidas inoculaciones en animales con el BCG han restaurado a éste su virulencia. Petroff, un científico de renombre, impugnador de este método, valiéndose de cultivos en medios especia-

les ha logrado hacer crecer el bacilo Calmette Guerrin y ha producido dos formas: una virulenta o patógena y la otra avirulenta, dando con ello la voz de alerta. Aceptamos lo que estos investigadores afirman; son hechos posibles en bacteriología y que han sido comprobados válidos con otros bacilos. Sinembargo estos autores han estado tratando por todos los medios conocidos por la ciencia de restaurar la virulencia al BCG y han estado haciendo precisamente todo lo contrario a lo que Calmette recomienda para mantenerlo inofensivo. Si el BCG se cultiva y crece como recomienda Calmette, con el fín único de mantenerlo inofensivo, es el concensus general de opinión de la mayoría de los investigadores interesados en este problema hasta la fecha, que el bacilo es inofensivo y no produce resultados peligrosos. De lo que pueda suceder en el futuro no sabemos, el tiempo solamente nos dirá al fín, el verdadero valor de esta vacuna.

Todos los datos aportados ante el Congreso Internacional de Oslo celebrado no hace mucho, demuestran que en todos los países del mundo en donde la vacunación preventiva contra la tuberculosis por medio del BCG ha sido puesta en práctica bien como medida de profilaxis social o como experimento, la mortalidad infantil aparentemente ha disminuido desde su implantación, a veces de una manera notable.

Estos datos y aseveraciones proceden principalmente de 18 naciones entre las cuales se encuentran doce europeas.

Experimentos intensos con el BCG se han llevado a efecto en Bélgica, Brasil, Canada, España, Grecia, Nueva York, Rumanía, Rusia, Suecia y el Uruguay. La reducción considerable en la mortalidad infantil por tuberculosis en estos países elimina en gran parte cualquier error posible y demuestra la inocuidad y la eficacia de la vacunación por el BCG. El número de niños vacunados actualmente en el mundo entero por medio de este método pasa de un millón correspondiendo 280,000 de estos a Francia.

La vacuna ha sido usada en casi todos los países del mundo sin accidentes desagradables de ninguna especie. En el accidente desgraciado de Lubeck, se comprobó que el cultivo usado no fué el BCG y se supone que lo que se usó fué un cultivo humano, por equivocación. En 27 países del mundo, incluyendo cuatro sudamericanos, se ha usado este método para prevenir la tuberculosis con resultados satisfactorios. En la lucha contra esta enfermedad estamos autorizados para probar cualquier método eliminando todas las causas posibles de peligro, si nos promete buenos resultados.

Es nuestra humilde opinión que esta vacuna no provee un método preventivo contra la tuberculosis en general, es sencillamente un procedimiento que tiene su aplicación en los primeros días de la infancia y que limita o reduce la mortalidad infantil por tuberclosis únicamente, y es aplicable con preferencia en aquellos niños que nacen en un ambiente bacilífero al cual siempre estarían expuestos.

En Puerto Rico la vacunación con el BCG no ha sido usado, pero su uso fué predicado por el Dr. Gutiérrez Igaravidez desde hace años. Aún recordamos cuando en cada una de las Asambleas médicas de distrito nos instaba a que le ayudásemos a conseguir los medios necesarios para establecer el método en Puerto Rico. Más tarde obtuvo un cultivo del BCG directamente del Instituto Pasteur de Paris y lo entregó al Dr. Giuliani en el Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, quien lo cultivó por espacio de un año, al cabo del cual fué remitido al Ins-

tituto Pasteur donde se le identificó, hallándole en las mismas condiciones de pureza que cuando salió de allí; demostrándose así que el trabajo había sido hecho tan correcta y científicamente como por los sabios investigadores de uno de los centros de investigación médica más prestigiosos del mundo.

Hasta la fecha, que sepamos, las justas pretensiones del Dr. Gutiérrez Igaravidez. sus prédicas en favor de la vacunación Calmette, han sido en vano.

La tuberculosis con el cancer y la sífilis forma la tríada asesina que cumple en la naturaleza la fatal misión de diezmar la población humana, sin respetar clases, edades, sexos, ni razas, dejando así sitio vacante para nuevos vástagos y renovar las generaciones con nuevas unidades de combate en la lucha por la vida. Los progresos científicos en ciencia higiénica de los países civilizados del mundo han logrado triunfar y hacer muy poco temibles aquellas terribles plagas y epidemias que flagelaban y diezmaban trágicamente, en los tiempos antiguos, la doliente humanidad. De aquellos aterrorizantes flajelos solo nos queda el triste recuerdo. El progreso médico del hombre los ha vencido.

Para vencer en la lucha entablada con los que nos quedan conocemos lo bastante en lo que se refiere a medios técnicos y científicos; pero hay otros factores sociales y económicos que no podemos remover con nuestras manos. Ello requeriría un nuevo reajuste del actual sistema económico y eso ya no es materia médica propiamente dicho. Su estudio y recta solución corresponde a otros hombres.

La tuberculosis es, hoy por hoy, uno de nuestro más grandes problemas de salubridad pública. Para resolverlo deberán unirse todas las fuerzas sociales y en estrecha cooperación con nuestras instituciones oficiales de Sanidad, laborar para una obra tenaz, constante, precisa, incansable que garantice la eficacia y el triunfo definitivo. Unicamente así podemos vencer contra el terrible enemigo, terror de nuestros hogares, amenaza fatal del futuro de nuestro pueblo y de todos los pueblos de la tierra, al cual se le ha llamado "*capitán de los caballeros de la muerte.*"

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

Nueva ley reorganizando la práctica de la Medicina en Puerto Rico.

El bill del Senado No. 90 fué firmado por el Hon. Gobernador Roosevelt y se convertirá en ley el 22 del próximo julio.

La Asociación Médica de Puerto Rico debe sentirse satisfecha y orgullosa de esta nueva ley presentada en el Senado por los senadores Matta, Iriarte, Goyco y Soto. Al senador Soto se debe la presentación del proyecto y su defensa principal en el Senado.

La Junta de Médicos Examinadores de Puerto Rico cooperó con la Asociación Médica en la aprobación de este proyecto de ley.

Inauguración del Hospital Saint Luke de Ponce.

El martes 12 de mayo tuvo efecto la inauguración oficial del nuevo edificio del Hospital Saint Luke de Ponce. Para el acto a este efecto se pasó invitación a la clase médica de Puerto Rico a instancias de nuestro querido compañero el Dr. López Nusa quien es el jefe del staff de dicho Hospital.

Hicieron uso de la palabra en la inauguración del Hospital el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. Manuel Díaz García, el Dr. Fernández García, y el Dr. López Nusa.

Dr. Amalio Roldán.

Próximamente embarcará hacia España en viaje de recreo y estudios este distinguido compañero y miembro activo de la Asociación Médica de Puerto Rico. El Dr. Amalio Roldán, asistirá al Congreso de Urología que se celebrará en Coimbra. El Dr. Roldán ha sido designado como representante oficial o delegado de la Asociación Médica de Puerto Rico ante dicho congreso.

Comisión para el estudio de envenenamientos por pescado.

El Comisionado de Sanidad Interino, Dr. Sifre, ante la necesidad de hacer un estudio de los envenenamientos por pescado tan frecuentes en nuestra Isla, y ante el hecho de que debido a estos envenenamientos nuestro pueblo le ha cogido miedo al pescado y no lo usa tan frecuentemente como debe en su dieta, nombró un comité con el fin de hacer un estudio detallado de este asunto. El comité nombrado al efecto consiste del Jefe del Negociado de Inspección General, Dr. Bou; del Jefe de la Unidad Sanitaria de San Juan, Dr. Eurípides Silva; del Ingeniero Inspector de Acueductos y Alcantarillados, Sr. Jorge Dávila; del Epidemiólogo, Dr. Eduardo Garrido Morales; y del Director del Laboratorio Biológico, Dr. Costa Mandry.

Este comité hará un estudio completo de todas las condiciones que en una u otra forma puedan afectar la venta del pescado en Puerto Rico y las distintas condiciones en que éste pueda causar trastornos gastro intestinales.

Dr. Earl B. Mc. Kinley.

Recientemente embarcó hacia Estados Unidos en viaje de recreo y asuntos relacionados con la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico de la cual es director.

Regresará al país a principios del próximo curso de la Escuela de Medicina Tropical.

Dr. Manuel Díaz García.

El día 28 de mayo se ausentó de Puerto Rico hacia Estados Unidos en viaje de estudios y recreo el Dr. Manuel Díaz García, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico. Le acompaña en este viaje su distinguida esposa doña María Teresa Coll de Díaz García.

El Dr. Díaz García asistirá a la asamblea anual de la Asociación Médica Americana en Filadelfia y asistirá también a las clínicas del Dr. Wyne Babcock y el Dr. Chevalier Jackson en Filadelfia.

A despedirles al muelle fueron nutridas representaciones de la Asociación Médica de Puerto Rico y varios amigos del Dr. Díaz García y de su digna esposa.

El Dr. Díaz García estará ausente de Puerto Rico alrededor de un mes durante cuyo tiempo le sustituirá en las funciones de Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, el Dr. Ramón J. Sifre, actual Vice Presidente.

Dr. A. Fernós Isern.

El lunes 25 de mayo regresó de Estados Unidos el Dr. Antonio Fernós Isern, Comisionado de Sanidad de Puerto Rico, y miembro distinguido de la Asociación Médica de Puerto Rico.

El Dr. Fernós, durante su estadía en Estados Unidos, realizó labores de importancia en asuntos relacionados con la salud de Puerto Rico.

Al muelle fueron a recibirle numerosas amistades de la Asociación y del Departamento que dirige.

Actividades de la Asociación Médica.

La Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico ante la situación difícil por que atraviesan los municipios, y ante la amenaza de rebajar los sueldos de algunos médicos ha enviado las siguientes cartas circulares a los alcaldes y presidentes de asambleas de los distintos municipios de la Isla. También se ha dirigido a los médicos incitándoles a que cooperen en esta situación difícil.

La Asociación Médica de Puerto Rico está dispuesta a defender y respaldar a cualquier compañero que sea víctima de una injusticia o que se trate de perjudicar sin razón para elo. Es necesario pues, para que podamos hacer esto, que tengamos la cooperación absoluta de toda la clase médica en este asunto de tan vital importancia para nuestra profesión y nuestra Asociación. A continuación publicamos copia de las cartas que hemos enviado.

---

2 de junio de 1931.

Señor:

Actualmente todos los municipios de la isla se ocupan de confeccionar sus presupuestos para el año económico de 1931-32. No se nos escapa, conocedores de la difícil situación económica porque atraviesan casi todos los municipios de la isla, las grandes dificultades con que tienen que enfrentarse en esta difícil tarea que realizan teniendo únicamente en mente un servicio todo lo más eficaz posible para sus comunidades respectivas.

Al llevar a cabo tan difícil labor, me permito suplicarle tenga usted presente el acuerdo de la Asociación Médica señalando la suma de $175.00 como sueldo mínimo de que deben disfrutar los médicos en los municipios de tercera y cuarta clase y de $200.00 en los de primera y segunda clase.

Esta Asociación se da perfecta cuenta

de la actual crisis económica, pero es necesario que ustedes comprendan que esta misma crisis ha reducido grandemente las entradas de los médicos, derivadas de su clientela privada, y que por lo tanto, una reducción en los sueldos de los médicos municipales crearía entre estos compañeros, una situación insostenible que todos debemos evitar en bien de la beneficencia municipal en la cual todos estamos igualmente interesados.

Espero pues, que tendrán ustedes muy en cuenta nuestra indicación y, con el testimonio de mi mayor distinción, me suscribo de usted.

Muy atentamente,

Dr. Ramón J. Sifre,
Presidente Int. Asociación Médica de Puerto Rico.

Para los Alcaldes Municipales y Presidentes de Asambleas Municipales.

---

2 de junio de 1931.

Estimado compañero.

Acabamos de dirigirnos a los alcaldes municipales y presidentes de las asambleas municipales de toda la isla, recomendándoles sostener el sueldo mínimo señalado por la Asociación para los médicos de beneficencia. Es imprescindible que todos los médicos de Puerto Rico presten su cooperación para evitar que utilizándose pretextos, casi siempre injustificables, se atente contra el sueldo de estos funcionarios, como se trata de hacer demasiado frecuentemente. Los médicos deben todos informar a las autoridades locales que la Asociación Médica está dispuesta a cumplir al pie de la letra sus acuerdos a este respecto y que apelará a todas las medidas que sean necesarias para ello.

Esperamos que usted coopere a sostener la solidaridad que debe prevalecer en nuestra Asociación y que nos avise de cualquier dificultad que tenga en este sentido.

Cordialmente suyo,

Dr. Ramón J. Sifre,
Presidente Int. Asociación Médica de Puerto Rico.

Para todos los médicos de Puerto Rico.

Dr. José Amadeo.

El 11 de junio embarcó rumbo al viejo continente en viaje de estudio este distinguido compañero, presidente de la Asociación Médica del distrito de Ponce. El Dr. Amadeo va a ampliar sus conocimientos sobre enfermedades del pecho y del corazón en las clínicas y hospitales de Viena, París y Suiza.

Dr. J. H. Font:

El jueves 4 de junio en compañía de su distinguida esposa la señora Celeste Casalduc de Font, embarcó hacia Estados Unidos este distinguido compañero. El Dr. Font se propone asistir a la reunión de la Asociación Médica Americana y a la reunión de la Cámara de Delegados de dicha Asociación de la cual es miembro suplente.

REVISTA DE REVISTAS

BRAY, GEORGE W. "The Hypochlorydria of Asthma in Childhood". The Quart. Jour. of Med. Jan. 1931. Vol. 24:181.

El autor revisa la literatura desde 1698 cuando Floyer en su "Treatise of the Asthma", menciona a Sylvius y Etmuller como defensores de la teoría de trastornos digestivos en la etiología del asma, hasta que Scholoss y Wosthen en 1916 presentaron evidencia para probar que el canal gastro inestinal en los niños es permeable a las proteinas no digeridas. Donally probó más tarde que proteinas extrañas se eliminan en la leche materna, explicando de esta suerte la sensitización de algunos niños hacia ciertas proteinas con las cuales no habían estado en contacto directo. Walker, Wetmore y Adkinson comprobaron que aun cuando la molécula proteica completa produzca una epidermo-reacción o una reacción general en un individuo, los amino-ácidos derivados de esa misma proteina no produce tales reacciones. Se desprende de esto que el proceso digestivo destruye o neutraliza las substancias productoras de la reacción.

Análisis gástrico fraccional se le practicaron a 200 niños asmáticos. Se usó una sonda de estómago "Ryle" y como comidas de prueba cocimiento espeso de avena en 100 casos y una solución neutra de alcohol etílico al 7 por ciento en los otros 100.

En 9 por ciento de los casos se observó una aclorhidria por un período de 2¾ horas, una hipoclorhidria pronunciada en 48 por ciento, hipoclorhidria leve en 23 por ciento. Esto es: un 80 por ciento de los niños asmáticos demostraron tener una deficiencia en la secreción gástrica. Esta deficiencia es más frecuente y más notable antes de los siete años de edad.

Análisis gástrico practicado en 50 niños normales reveló una deficiencia en ácido solamente en un 10 por ciento.

El autor está usando ácido con buenos resultados, en la terapéutica de todos los casos de alergia que han revelado una hipoclorhidria al hacerse el análisis gástrico.

R. M. Suárez.

DANNA, JOSEPH A. "The Treatment of Empyema by Aspiration and Air Replacement without Drainage." The J.A.M.A. May 2, 1931. Vol. 96:1453.

La mortalidad de empiema tratada por el método corriente de incisión y drenage por medio de tubos, dió en la guerra mundial un promedio de 30 por ciento y en algunos hospitales donde la rutina era operar el paciente inmediatamente que se hacía el diagnóstico la mortalidad subió hasta un 70 por ciento.

Después de haber visto los trabajos de Morelli, discípulo de Forlanini en la Universidad de Pavia, el autor ha estado usando la aspiración en todas las pleuresías con derrames, reemplazando con aire el líquido aspirado.

De los 35 casos de empiema reportados sólo murieron 2: un hombre de 75 años de edad que falleció dos días después de una segunda aspiración con síntomas de embolia pulmonar y un niño de 9 años de edad que ingresó al hospital en estado moribundo.

La técnica es muy sencilla: previa anestesia con procaina al 0.5 por ciento, se introduce una aguja grande a la cual se le ha conectado un tubo duro de goma y una jeringuilla Luer de 50 a 100 cc. por el punto más bajo posible de la cavidad de empiema. Se aspira una jeringuilla llena de pus, se ocluye el tubo de goma con una pinza hemostática, se vacía la jeringuilla, se coloca en sitio de nuevo llena de aire, se remueve la pinza hemostática y se inyecta el aire. La operación se repite tantas veces como fuese necesario, inclinando el paciente en distintas posiciones hasta dejar vacía la cavidad.

Entre las ventajas de este procedimiento el autor nos dice lo siguiente:

No se traumatiza el pulmón ni la pleura y por consiguiente hay menos posibilidades de formación de adherencias, no hay infección secundaria, ni trayectos fistulosos, puesto que no se requiere drenage, la cavidad se cierra cuando el aire se absorbe evitándose así las cavidades crónicas, se le evita una operación al paciente y al hospital los gastos de apósitos e irrigaciones y por último como el tratamiento es casi insensible el paciente no tiene inconveniente que se le practique tantas veces como fuese necesario.

R. M. Suárez.

THAYSEN, Th. E. HESS. "Pathological Anatomy of the Intestinal Tract in Tropical Sprue." Trans. of the Roy. Soc. of Trop. Med. and Hygienne. March 1931. Vol. XXIV:539.

Como resumen a su estudio anatomo-patológico del trayecto intestinal en esprú, el autor dice lo siguiente:

(1) Los cambios que autores anteriores habían descrito en esprú tales como descamación y degeneración del epitelio y atrofia de la pared intestinal deben ser considerados como cambios post-mortem.

(2) Ulceras intestinales se encuentran tan inconstante y raramente que deben ser consideradas como fenómenos secundarios que nada tienen que ver con el origen de la enfermedad.

(3) La incidencia de enteritis y enterocolitis es tan inconstante y tan poco característica que no pueden ser consideradas como causa de esa enfermedad y así como fenómeno secundarios también.

R. M. Suárez.

DEBRE, ROBERT y O. E. W. OLSEN. "Les enquetes entreprises en Amérique du Sud sur la mortalité infantile". Bol. del Inst. Internat. Am. de Protec. a la Infancia. Enero, 1931. Tomo IV-No 3.

El resultado de las encuestas sobre mortalidad infantil, realizadas en la República Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, dió lugar a que fueran consideradas en la Conferencia celebrada en Lima, en Julio de 1930. A esta reunión asistieron el profesor doctor Roberto Debré, representante de la Comisión europea de expertos higienistas en materia de protección a la infancia, y el profesor doctor O. E. W. Olsen, de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, quienes presentaron a dicha sesión el presente informe.

La encuesta comprendió a:

1277 muertos menores de un año y 290 mortinatos en la República Argentina.

1344 muertos menores de un año y 377 mortinatos en el Brasil.

635 muertos menores de un año y 47 mortinatos en Chile.

557 muertos menores de un año y 122 mortinatos en el Uruguay.

Todos los expertos insisten sobre la importancia de la estadística que en muchos distritos es muy deficiente; las declaraciones de nacimientos deben ser precisas, así como deben evitarse los enterramientos clandestinos, y adoptar la definición de mortinatos según la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Como los censos de población no son recientes, no se puede establecer relaciones exactas entre nacimientos, defunciones y habitantes.

El número de hijos ilegítimos es en algunos distritos más de la mitad; sin embargo debe distinguirse la situación de los niños cuyos padres hacen vida de familia, de aquellos que solo viven con sus madres o que son abandonados.

Uno de los factores más importantes de mortalidad infantil es la ignorancia de las madres y la deficiente cultura general, a la cual se deben errores de alimentación, falta de asistencia médica, prejuicios, supersticiones, etc.

En general, las condiciones de habitación y alimentación son malas: exceso de habitantes y mala protección contra los cambios de temperatura; los niños, pasando fuera de las habitaciones, no sufren la falta de sol, como ocurre en Europa.

En muchos distritos, la salud de la madre es regular o mala, con más frecuencia que en Europa; no se trata de enfermedades definidas, sino de mala nutrición, ligada a insuficiente alimentación; no se nota el exceso de trabajo, frecuente en Europa, pues aun es poco el trabajo industrial de la mujer.

En general, es casi absoluta la falta de cuidados prenatales; la asistencia obstétrica por los cuidados del médico o la partera, es insuficiente en los distritos urbanos y casi nula en los rurales, y este mal se manifiesta en los casos de mortinatos, nacimientos prematuros y débiles. Un problema difícil de resolver es el de la distribución de médicos y párteros, muy numerosos en las ciudades y muy raros en los distritos rurales.

Entre las causas de muerte figuran en primer lugar los trastornos de la digestión, lo cual se explica por la acción del clima, falta de alimento, malos cuidados, mala calidad de la leche. Los trastornos respiratorios son consecutivos a enfermedades infecciosas específicas; algunos expertos insisten sobre los malos cuidados de protección contra el frío de la noche, contrastando con el calor del día. La tos con-

vulsa es una de las enfermedades agudas más severas con los niños pequeños; se reconoce la importancia relativa del peligro de la tuberculosis, con respecto a esos mismos niños. La sífilis es considerada como una causa frecuente de mortinatalidad y de mortalidad precoz.

En algunos distritos de la encuesta hay excelentes obras de protección a la infancia, unas privadas y otras públicas, pero es necesario un organismo central que coordine esfuerzos, evitando orientación defectuosa, dispersión de energías, etc.

En las grandes ciudades los servicios de hospitales son bien organizados, aun cuando el número de camas para madres y niños no es suficiente; pero en los pequeños pueblos y los distritos rurales hay tal falta de recursos, que contrasta con el excelente equipo de las ciudades.

Los consultorios de lactantes deben funcionar bajo la vigilancia de un médico especialista, con la ayuda de una enfermera visitadora o de asistencia social; hace falta la creación de nuevas escuelas de visitadoras y mayor extensión de las existentes, con lo cual podría atenderse también el problema de la cultura general, que en este caso es de capital importancia.

R. M. S.

El Uso de extracto cortical supra renal en la Enfermedad de Addison.—HARTMAN, F. A., AARON, A.H., y CULP, J.E., Endocrinology, 1930, XIV, 438.

Los autores reportan varios casos de Enfermedad de Addison tratados con notable éxito con el extracto de la corteza supra renal. Esta substancia permite mantener vivos indefinidamente a los gatos y ratas adrenalectomizados. Se reporta un caso de Enfermedad de Addison curado con el extracto cortical de la supra renal. El paciente recibió 5 cc. de extracto intravenosamente al ingresar en el hospital seguido a los 30 minutos por 10 cc. administrados por vía subcutánea. Tres horas y media después de la primera inyección se administraron inyecciones subcutáneas de 10 cc. de substancia cortical a intervalos de 40 a 70 minutos. Cuatro horas más tarde habiéndose conseguido más cantidad del extracto se le administraron 10 cc. cada hora hasta inyectar 150 cc. durante las 24 horas. Tan pronto como se notó mejoría en el cuadro clínico del paciente el extracto de corteza supra renal se fué reduciendo hasta la dosis de 20 cc. en 24 horas. Esta prueba fué seguida por la determinación exacta de la dosis necesaria para evitar la recaída o aparición de la sintomatología Addisoniana bajo cuya dosis el paciente continuó sin síntoma alguno.

E. G. C.

FRAWLEY, JOHN M.—"Ultraviolet Light in California Summer Sunshine, with Special Reference to its value in the Prophylaxis and Treatment of Rickets. (*)—Am. Jour. of Dis. of Child. April 1931. Vol. 41: 751.

Los rayos terapéuticos del espectro varían entre los límites de 313 a 290 milicronos pero son más efectivos en 302 a cuyos rayos se les llama la región 302. Los rayos varían en cantidad dependiendo de la localidad, la hora del día, la estación, la altitud, la latitud geográfica y la polución de la atmósfera.

Los autores practicaron determinaciones cuantitativas de rayos ultravioleta en la luz solar de las montañas de Sierra Nevada, (8,000 pies sobre el nivel del mar), Santa Bárbara (en la costa) y Fresno (en el interior de California) usando una modificación de la técnica de Leonard Hill (acetona-azul de metileno). El autor describe también, otros dos métodos que se usan

---

(*) Discutiendo una conferencia dictada por el Dr. E. B. McKinley en la Asociación Médica del Distrito de San Juan celebrada el 3 de noviembre de 1930 y cuyo tema fué Tropical Climate and Man el Dr. R. M. Suárez hizo las siguientes manifestaciones referentes a los estudios que sobre raquitismo hizo en Puerto Rico la Comisión enviada en el 1928 por el Bureau of Commerce de los Estados Unidos.

Las conclusiones a las cuales llegó dicha Comisión se basaron principalmente en estudios radiológicos de la estructura ósea de niños nacidos en Puerto Rico. Tenemos entendido que estudios químicos de la sangre aunque se hicieron no fueron lo bastante detenidos para poder probar la completa ausencia de raquitismo en Puerto Rico. Los médicos del país estamos convencidos de que existe gran número de casos cuyos cuadros clínicos nos hacen sospechar un metabolismo mineral alterado o deficiente. Vemos además en nuestra práctica un número de casos de dentición retardada, de cráneo-tabes, de "rosario raquítico" y de "Harrison Groove" que no podemos menos que catalogar con un diagnóstico de raquitismo benigno o crónico.

en la determinación de los rayos ultra violeta en la luz solar que son la Célula foto-eléctrica y el método de Petit. (Radiometric-Galvanometer). Se encontró una gran variación en la cantidad de rayos violetas en la luz solar variando con las condiciones climáticas reinantes. En Fresno y la parte central de California que se llama "El Jardín del Sol" apesar de la intensidad de la energía solar se encontró una deficiencia en los rayos ultravioleta. Esta deficiencia es probablemente la causa de la escasez y benignidad del raquitismo que se encuentra en niños a los cuales no se dá aceite de hígado de bacalao o tratamiento artificial de luz durante los meses de verano.

Entre las conclusiones finales los autores dicen que en los climas cálidos en los cuales la luz solar es muy fuerte no se debe depender de los baños solares en el tratamiento y prevención del raquitismo debido a la cantidad disminuída de rayos ultravioleta en la luz solar.

R. M. S.

De la llamada nefritis tuberculosa y la baciluria tuberculosa.—(De la néphrite dite tubérculeuse), Jascinski, J. d'urol. Méd. et Cher, 1930 XXX 245.

El autor discute ampliamente la cuestión de la especificidad de ciertas lesiones renales en casos diagnosticados de tuberculosis del riñón La nefritis es una complicación excepcional en la tuberculosis pulmonar aunque con marcada frecuencia en los mismos casos se obtengan en las orinas bacilos tuberculosos de marcada virulencia. En la tuberculosis experimental se obtienen tubérculos en lesiones no específicas. Estas mismas lesiones se observan en casos de T. B. pulmonar sin la presencia de bacilos demostrables en el riñón. El autor discute las dos teorías existentes sobre la etiología de la nefritis tuberculosa. Chanffara atribuye las lesiones a toxinas. Bernard y Soloman las creen producidas por la acción local del bacilo. El autor presenta un trabajo en el cual inyecta organismos vivos, organismos muertos y filtrados de T. B. En ningún caso le fué posible encontrar T. B. en los riñones sinembargo, en todos los casos y por los tres métodos existían cambios degenerativos en los tubos renales especialmente en el asa ascendente de Henle. El diagnóstico diferencial entre T. B. renal y nefritis tuberculosa es de gran importancia desde el campo quirúrgico. La presencia de algún pus y bacilos T. B. en las orinas es posible en una nefritis tuberculosa sin ésta probablemente evolucionar a una tuberculosis quirúrgica. Actualmente es bastante difícil llegar a un diagnóstico preciso en estos casos. El estudio funcional no puede ni debe ser considerado como absoluto desde el momento que no concuerda siempre con la cantidad de parenquima destruída. El autor termina diciendo que la operación ideal la nefrectomía en los estados iniciales de una tuberculosis renal sólo se practica corriendo el riesgo de sacar un riñón atacado solamente de una nefritis completamente curable.

E. G. C.

Modificación Voluntaria del sexo en el Hombre —Abst. J. A. M. A. Febr. 28, 1931. p. 728.

Firth cita los trabajos de Unterberger sobre la modificación voluntaria del sexo en el hombre. Bluhm es de opinión que los resultados obtenidos por Unterberger no son accidentales. Ya en 1924 ella había llamado la atención sobre la acción de la secreción vaginal en la determinación del sexo. Para determinar si la reacción de la secreción vaginal tiene influencia alguna en la determinación del sexo en el feto, Firth examinó las secreciones vaginales de 253 mujeres embarazadas. Se encontró entre las que presentaban una reacción ácida fuerte el número de hembras nacidas fué mucho mayor mientras que aquellas cuya reacción era ligeramente ácida o anfotérica el número de varones fué mucho mayor. Sinembargo, queda por determinar si la reacción vaginal se mantiene la misma durante el embarazo y es la misma en el momento del parto. Estos resultados confirman los trabajos ya coocidos y publicados desde 1924 por Unterberger.

E. G. C.

A new therapeutic agent

PROMOTES RESISTANCE

IN

INFECTIOUS DISEASES

OMNADIN is a non-specific protein-lipin preparation, which promptly relieves the symptoms of infectious diseases and hastens recovery by raising the resistance of the body. It is usually injected intramuscularly, and, as its use is unattended by undersirable reactions, it is adapted for administration in children as well as adults. It remains stable indefinitely when protected from light and excessive heat.

Omnadin is a setrile solution, composed of protein substances obtained from non-pathogenic bacteria (sarcina and B. mycoides), varions animal fats and lipoids derived from bile.

Omnadin is administered intramuscularly. It should be used as early as possible in the course of the disease, before the defensive mechanism of the body has become exhausted. This assures the best and quickest results.

The average single dose for adults is 2 cc., but if necessary this may be doubled. For children the dose is 1 to 2 cc.

The chief conditions in which Omnadin has proved of value comprise influenza, pneumonia, erysipelas, scarlatina, measles, pertussis, typhoid fever, puerperal sepsis, surgical sepsis, arthritis, gonorrhea, eye infections, tonsillitis and otitis. It can also be used advantageously for activating specific vaccine therapy (Much, Torger).

OMNADIN

REG. U. S. PAT. OFF.

BRAND OF PROLIPIN

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 Varick Street, New York, N. Y.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

FR. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.



Ensáyela GRATIS

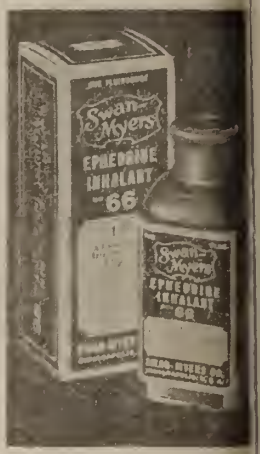
. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestésico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

Inhalant, No. 66

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.

Dar de comer al que tiene hambre

UN famoso médico llamó a la debilidad "el hambre del metabolismo". Es evidente que muchas formas de malestar originan en desnutrición y que el tratamiento nutritivo-medicinal es de más plausible efecto en tales casos que el que puede esperarse de medicamentos estimulantes.

Para el "hambre" que no saca suficiente provecho de los alimentos, nos permitimos sugerir la Emulsión de Scott, de aceite puro de hígado de bacalao, preparada de tal modo que el valioso aceite se absorbe facilmente sin innecesarios esfuerzos digestivos, de manera que raras veces repite.



Muelle de carga en Balstad, Noruega
Aceite de hígado de bacalao en receptáculos forrados interiormente de metal, listo para embarcar consignado a Scott & Bowne, Bloomfield, N. J., E. U. de A.

Para nutrir y fortalecer en esos casos al debilitado, sugerimos ensaye usted la



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

DRYCO

NO ES LO QUE SE CONOCE COMO UN "ALIMENTO DE PATENTE PARA NIÑOS". Es leche pura, desecada de la más alta calidad, especialmente valuable en casos de alimentación dificultosa. Su historial clínico, cuyo radio es internacional, ha establecido su eficacia definitivamente.

DRYCO

✤ *I.—Es uniforme en sus constituyentes y potencia vitamínica.*
II.—No se re afectada por las distintas condiciones climatéricas.
III.—Está libre de bacterias patogénicas lo que elimina el riesgo de las infecciones.
IV.—Es adaptable a cualquier dilución o modificación.
V.—Con un mínimo esfuerzo digestivo, produce máximos resultados nutritivos.

✤ La DRYCO se empaca AL VACIO CON GAS NITROGENO porque la exposición al aire y la oxidación, son factores aún más importantes en la destrucción de las vitaminas que lo es el calor.

AGENTE GENERAL PARA PUERTO RICO:

FR. SCHOMBURG

Apartado No. 433 — Calle Rafael Cordero No. 80 — San Juan, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de COLE No. 1.

Hemoglobina ---------- 5 grs.
Substancia esplénica desecada 1½ gr.
Fel bovis desecado ---------- ½ gr.
Glicerofosfato de calcio------ 1 gr.

Indicaciones: Anemia, mala nutrición y Se recomienda en aquellos casos en que se desee un tónico reconstituyente.

Dosis: De una a dos cápsulas tres veces al día después de las comidas.

Compuesto Endócrino de COLE No. 23.

Hemobin (hemoglobina predigerida) 2 gr
Substancia pulmonar purificada---- 5 gr.
Fel bovis ----------⅛ gr.
Glicerofosfato de calcio---------- 1 gr.

Indicaciones: Tuberculosis, Anemia.

Dosis: 1 cápsula 3 ó 4 veces al día después de las comidas.

COLE CHEMICAL COMPANY

ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**

Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

ANGOSTURA
Dr. SIEGERT'S

EL SABOR FAMILIAR QUE EFICAZMENTE OCULTA LAS MEDICINAS DESAGRADABLES — TONIFICA EL METABOLISMO Y AUMENTA EL APETITO.
ELIX. ANG. — q. s.

Pida una muestra.

J. W. WUPPERMANN

ANGOSTURA BITTERS AGENCY, INC.

Suite O, 14 East 46th St., New York.

METATONE

El Tónico con Vitamina "B"

LOS resultados clínicos del Metatone son indisputables. Su contenido de vitamina B estimula el apetito; la nucleína presente ayuda la fagocitosis, y la estricnina y los minerales necesarios que contiene refuerzan el efecto tónico general.

El Metatone tiene buen sabor; los pacientes lo toman con agrado.

Se ofrece en frascos de 12 onzas (360 cc.). Dosis: de 4 a 8 cc., t. i. d.

PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA
Detroit & New York
E. U. A.



Pruebe el Metatone

Frecuentemente se llama a un médico para mejorar los síntomas de inflamación, congestión, y sus compañeros, el dolor y la fiebre. El médico debe estar alerta de los nuevos métodos para este efecto. La antigua cataplasma está ya fuera de uso

El uso local de la **Numotizine**

aumenta de día en día debido a que mejora el dolor, la inflamación y la congestión en condiciones tales como nacidos, absesos, torceduras, y traumatismos externos.

Permítanos enviarle un frasco de muestra.

NUMOTIZINE INC.

220 W. Ontario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).

Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.



Año XXIII. Número 190.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

JULIO, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
11 AUG 1936

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL. 249

Analogía entre la Schistosomiasis Mansoni y la Enfermedad de Banti o Anemia Esplénica 251
Dr. Pablo Bonelli.

El Duelo de la Medicina 259
Dr. A. Torregrosa.

Proyecto de Ley presentado en el Senado para regular el ejercicio de la profesión Médica en Puerto Rico . . 263

Noticias Médico-Sociales 272

Revista de Revistas 274

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

OPTARSON

Trademark Reg. U. S. Pat. Off.

Tónico nervioso y vascular de sorprendentes efectos.
Moderno preparado de arsénico y estrictina
para inyección subcutánea.

VENTAJAS:

Sus efectos aparecen con rapidez.
Produce una acción euforzante muy marcada.
Disminuye la percepción dolorosa.
Estimula el apetito y el cambio nutritivo.
No produce fenómenos de irritación local ni comunica olor aliáceo al aliento.

INDICACIONES:

NEURASTENIA co ntodas sus diversas manifestaciones.

CIÁTICA, ESCLEROSIS MULTIPLE,
HEMICRÁNEA, PARALISIS AGITANTE,
EPILEPSIA, COREA, TABES DORSAL.

DEBILIDAD CIRCULATORIA en el transcurso de las enfermedades infecciosas agudas, especialmente en la neumonía y grippe, en las cuales es muy útil una acción simultánea sobre la respiración y el rebajamiento de la sensibilidad dolorosa.

TRASTORNOS DE LA CIRCULACION a causa de parálisis vascular. _Debilidad cardiaca._ Trastornos cardiacos de orígen tóxico.

ESTADOS DE AGOTAMIENTO, especialmente en la desuntrición, Clorosis, Leucemia, Asma nervioso, Tuberculosis localizadas, Paludismo.

DOSIFICACION:

En general se aplicará un día si y otro no 1 cc. de Optarson en inyección subcutánea. En enfermos susceptibles se empezará poniendo solamente 2 inyecciones a la semana.

PRESCRIBASE:

Optarson. Caja de 12 ampollas de 1.2 cc.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.
170 Varick Street, New York, N. Y.
REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:
Fr. SCHOMBURG,
Calle Luna 80, — Apartado 433, — Teléfono 281, — San Juan, P. R.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A. 91141



LA "DIAPHAX", *la nueva* PELICULA "DUPLI-TIZED" PARA RADIOGRAFIAS

AUMENTO DE SENSIBILIDAD
REDUCCION DE EXPOSICION

La nueva película que la Eastman Kodak recomienda para trabajos radiográficos en general.

VENTAJAS

Reduce la exposición

❖

Emulsión de *Contraste*

❖

Analizable a contraluz

❖

Se pueden escribir datos en la superficie

❖

No se requiere cambios en el manejo

❖

De base de *Seguridad* o al nitrato

Los roentgenólogos más afamados del mundo elogian la Película Eastman *Diaphax* "Dupli-Tized" para Radiografías, porque ella ahorra tiempo y da mejores resultados, ya que a las conocidas ventajas de la vieja Película Eastman de *Contraste*, se une la de ser más sensible y fácil de examinar en el negatoscopio o a contraluz.

Enviamos a petición el libro "Los Rayos X en Medicina".

EASTMAN KODAK COMPANY

ROCHESTER, NEW YORK, E.U.A.

Se Puede Disminuir la Dosis

¿Qué laxante puede prescribirse con la seguridad de que, después de un tiempo razonable, no sólo es posible ir disminuyendo la dosis, sino en la mayoría de los casos suprimirlo totalmente?

Quizás haya alguna preparación más o menos en boga que permita suspenderla ALGUNAS VECES; pero con el Agarol se puede estar seguro de hacerlo en la inmensa mayoría de los casos, con ASOMBROSA REGULARIDAD. La experiencia clínica ha demostrado que el Agarol restaura la potencia "inherente" o fisiológica del intestino, hasta que llega a poder desempeñar sus funciones naturalmente sin ayuda de una medicación continuada.

EL AGAROL es la Emulsión original de Aceite Mineral, Agar-Agar y Fenolftaleína, y tiene estas ventajas especiales:

Es perfectamente homogéneo y estable, de gusto agradable sin estar artificialmente saboreado; no contiene azúcar, álcalis ni alcohol; no tiene contraindicaciones; no hay escurrimiento rectal; no da cólicos; no provoca náuseas ni trastornos gástricos; no crea hábito.



AGAROL

MUESTRAS A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

WILLIAM R. WARNER & CO., INC.

Establecidos en 1856

113-123 WEST 18TH STREET NEW YORK, E. U. A.

Para la Desinfección Cutánea

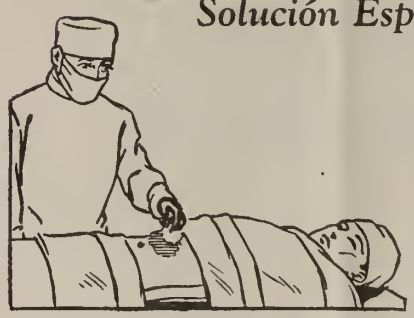
nada equivale al

MERCUROCROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Solución Especial Preoperatoria



No es tóxico
No produce dolor
No causa dermatitis
Se seca con rapidez
Penetra profundamente
Es altamente bactericida
Su roja mancha delata el área esterilizada

FORMULA: Disuélvanse 2 gramos de MERCUROCROMO en 25 c.c. de agua destilada. Añádanse luego 55 c.c. de alcohol puro y 10 c.c. de acetona. Déjense reposar dos horas y fíltrese el precipitado. Esta solución es inalterable y permanecerá activa.

¡DESCONFIE!
de todo *"Mercurocromo"* cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCURocromo H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

Cuando Incisiones Adecuadas



NO son posibles o convenientes, como en el caso de furúnculos en la cara, las manos o el cuello, el uso de la ANTIPLOGISTINE se recomienda especialmente. Actuando higroscópicamente, la ANTIPHLOGISTINE vigoriza los tejidos, incrementando la actividad de la circulación, y por medio de la abstracción del suero superfluo, favorece la difusión de los productos de la congestión, dando pronto alivio al dolor. Si el estasis y la muerte no existen aún, es muy probable resulte en la completa resolución, en vez de la destrucción de los tejidos, como sucede a menudo después del uso de la linaza. En virtud de su contenido de glicerina químicamente pura, el médico puede aplicar esta cataplasma en la seguridad de que sus propiedades antisépticas y bacterioestáticas disminuirán las probabilidades de una dolencia continuada.



Antiphlogistine

debe aplicarse caliente y abundante, extendiéndola sobre la parte inflamada y su alrededor.

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY.
163 Varick St. —— New York, U. S. A,
Luis Garratón, P. O. Box 1541, San Juan.

SALUD...
LOZANIA...



Enriqueta Bosch,
Edad: 9 meses — Peso: 23 libras.

CRIADA CON LECHE "K L I M"

A una alimentación sana y nutritiva, debe esta criatura la espléndida salud de que disfruta.

"KLIM" se vende en tiendas y farmacias. Procúrela en su establecimiento predilecto o a sus

REPRESENTANTES:

PLAZA PROVISION COMPANY

SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII. | JULIO DE 1931 | Núm. 190.

EDITORIAL

SIEMPRE ADELANTE

El 22 de julio de 1931 empezará a regir en Puerto Rico la nueva ley regulando el ejercicio de la medicina y otras profesiones aliadas. Esta ley ha sido el fruto de los esfuerzos de amigos de la clase médica y especialmente de la Asociación Médica de Puerto Rico. Gracias a la Junta de Médicos Examinadores y a nuestros amigos en la Cámara y Senado de Puerto Rico, que han cooperado con las justas aspiraciones de la clase médica para conseguir en Puerto Rico una ley que garantice los derechos de esta clase, la más sacrificada de nuestra sociedad. Esta ley fué propulsada por distinguidos miembros de nuestra profesión, que acordes con los más altos ideales de una clase falta de reconocimientos en el ejercicio de su sacerdocio ha venido insistiendo año tras año en tratar de conseguir alguna garantía en bien de una humanidad doliente y de una sociedad impresionable y explotada por oportunistas y mercantes. La nueva ley garantiza el médico en Puerto Rico de acuerdo con las exigencias más altas de cualquiera otra parte del mundo civilizado. Es una garantía para el público, como también para el propio médico. Ahora falta que, algunos miembros de nuestra clase, por apatía o conveniencia personal se presten a hacer de ésta, nuestra única ley, que pone en nuestras manos el medio de podernos levantar a un nivel propio de nuestros sacrificios, una burla manifiesta. Sabemos que en nuestra clase los hay capaces de actuar sin escrúpulos, pero de esto a nadie puede culparse, sino a ciertos miembros de la clase médica de Puerto Rico.

Las resoluciones de la Asociación Médica de Puerto Rico hasta el presente han sido acatadas por sus miembros y en muchas ocasiones por médicos no asociados. Gracias a estos espíritus generosos vemos hoy respetados en todo Puerto Rico los derechos de los médicos empleados por los gobiernos municipales e insular.

En procesos judiciales por práctica ilegal de la medicina en los cuales nuestra justicia pública ha intervenido, casi siempre con resultados poco satisfactorios, podrá intervenir en el futuro el tribunal de médicos examinadores. Esto garantiza la verdadera justicia, porque el médico podrá exponer su caso ante médicos como él, conscientes de la materia; así también garantiza a profanos la justicia, esto es, la facilidad de delación de delitos que no podrían oscurecerse con explicaciones latas y confusas. En otras palabras, se garantiza que sólo ellos tienen ese derecho y están garantizados por una ley que está inspirada en un código

de la más alta y digna ética profesional.

Esta ley también obliga a nuestro Departamento Insular de Sanidad a tomar cartas en el problema de la maternidad en Puerto Rico, le impone el deber de ser maestro de nnestras comadronas prácticas con el fin de mejorar las condiciones de las madres campesinas en nuestra isla y de todas aqnellas madres que en una u otra circunstancia sean asistidas por nnjeres prácticas en la obstetricia.

La Asociación Médica de Puerto Rico escogerá en el futnro de acuerdo con esta ley los miembros que compondrán el tribunal más alto, no ya para clasificar a los médicos para el ejercicio de la profesión en Puerto Rico sino también para juzgar sns actuaciones dentro del ejercicio de acuerdo con la moral y la ética.

Apresurémonos a defender y a hacer cumplir una ley nuestra: de médicos, por médicos y para médicos, en bien de nuestra clase y de nuestro pueblo.

M. D. G.

Analogía entre la Schistosomiasis Mansoni y la Enfermedad de Banti o Anemia Esplénica (*)

Pablo Bonelli

Todos nosotros sabemos que la Schistosomiasis Mansoni es un proceso crónico cuya duración y sintomatología dependen de la intensidad de la infección y de la localización de las lesiones características de la enfermedad.

Usualmente hacemos el diagnóstico cuando examinando las heces fecales de un caso sospechoso nos encontramos con el huevo que invariablemente lleva su espina lateralmente situada. Muchos de estos pacientes albergan por algún tiempo la infección sin experimentar síntoma alguno; pero tarde o temprano, y de acuerdo con la intensidad de la infección son víctimas de malestar y dolor en la región del epigastrio, ataques periódicos de diarrea con tenesmo y expulsión de materias muco-sanguinolentas, acompañados de reacciones febriles más o menos marcadas y de una duración de cinco a ocho días. Convalece el paciente de estos trastornos intestinales hasta que la repetición periódica de los mismos, que cada vez va siendo más frecuente, le va llevando a un estado de anemia que se acentúa imperceptiblemente con coloración bronceada de la piel y debilidad general. Al llegar a este punto conviene hacer constar que no todos los enfermos presentan estos brotes disentéricos puesto que frecuentemente se observan casos en que el estreñimiento es habitual; circunstancia ésta, que clínicamente armoniza con la localización de las lesiones. A medida que la enfermedad avanza, generalmente después de varios años, el paciente comienza a notar abultamiento en el hipocondrio izquierdo, y a veces en el derecho también, con aumento progresivo del tamaño del bazo, sin que ésto aparentemente agrave su estado a no ser por la molestia mecánica que le ocasiona. Si en este período se examina atentamente la región hepática se notará que en algunos casos el hígado no tan sólo desciende más abajo del borde costal sino que se distiende bien hacia la izquierda. En otros, no hay aumento aparente en e volumen hepático.

Hasta aquí el enfermo ha podido atender intermitentemente a sus ocupaciones habituales, pero con el aumento progresivo del bazo, y a veces del hígado, se acentúa la caquexia, y el paciente entra en un período de claudicación.

Puede morir de una enfermedad intermitente o de alguna de las secuelas de la enfermedad primitiva: colitis, nefritis, caquexia, melena, o como en un caso que tuve recientemente, de "carcinoma coloide" del ciego con metastasia del peritoneo parietal y viseral, hígado y ganglios mesentéricos y retro-peritóneos. Pero con el transcurso del tiempo se asocia invariablemente a la esplenomegalia una acentuación de la cirrosis con ascitis e ictericia ligera, edema de las extremida

(*) Leído en la inauguración del capítulo insular del Jefferson Alumni Association, en Enero 25, 1931.

des y con frecuencia, derrame en las cavidades pleurales, sucumbiendo el enfermo por extenuación a los pocos meses de haberse hecho manifiesta la ascitis.

Antes de enumerar los cambios patológicos observados en esta enfermedad, recordemos un poco el factor etiológico.

(1) A las pocas horas de ser evacuado el huevo en las heces fecales, se desarrolla bajo condiciones favorables una larva que se mueve libremente llamada miracidium, y que penetra en el huésped intermediario o caracol que en Puerto Rico es el Planorbis guadaloupensis. El miracidium se sitúa en el hígado del molusco donde se desarrolla y multiplica hasta que finalmente se rompe el saco embriónico y trae la liberación de cercarias con movimiento y morfología característicos.

Estas cercarias penetran la piel del paciente y por conducto de los vasos sanguíneos pequeños y linfáticos llegan hasta los pulmones. Después de haber pasado por los capilares pulmonares alcanzan la circulación general por medio de la cual son llevados a todos los tejidos del cuerpo hasta ser detenidos por vasos de calibre pequeño para su avance. Aparentemente sólo sobreviven aquellos que se alojan en ciertos sitios como el hígado y paredes del intestino grueso. Finalmente alcanzan el sistema portal donde se termina su desarrollo y verifica la copulación. La hembra busca las pequeñas venas mesentéricas para la oviposición, siendo algunos de los huevos arrastrados por el torrente sanguíneo hasta el hígado para incorporarse en el tejido de este órgano. Muy pocos pasan al través del hígado hasta alcanzar la circulación general y ser llevados a otras vísceras. Pero por un mecanismo que todavía no se ha podido interpretar, muchos de los huevos llegan de las venas mesentéricas al tejido submucoso del intestino, y aún otros atraviesan la mucosa para ser expulsados en el acto de la defecación, dando lugar así a la repetición del mismo ciclo.

PATOLOGIA

De las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años se desprende que la presencia del parásito en las venas porta y mesentéricas no es responsable de las lesiones múltiples halladas; y que sólo en los casos de una infección intensa pueden observarse fenómenos de intoxicación consecuentes a la desintegración de los parásitos y a la posible elaboración de sustancias tóxicas de metabolismo por los parásitos vivos.

Los cambios patológicos observados corresponden al período crónico de la enfermedad o sea al de la oviposición. La presencia del huevo en el intestino, hígado y otros órganos, es la causa (Lambert) (1) de la mayor parte, sino de todos los cambios observados en los diferentes tejidos durante la cronicidad de la infección.

La irritación constante del huevo provoca una reacción inflamatoria crónica caracterizada por la formación de células gigantes, acumulación de células endoteliales, infiltración eosinofílica y momonuclear, y una proliferación fibroblástica activa.

Una reseña breve de los casos siguientes nos pondrá en condiciones de poder interpretar mejor el resultado de las lesiones en esta enfermedad:

CASO No. I.

Ricardo Maldonado, de 25 años de edad, color blanco, soltero y labrador de oficio. Aunque

nació en Juana Díaz, vivió en Guayama durante los últimos siete años. Ingresó en el Hospital Municipal de Guayama el 2 de diciembre de 1926 y murió el 7 de enero de 1927.

HISTORIA CLINICA.

Dolor en el epigastrio con dificultad para evacuar, fiebres diarias y extenuación progresiva durante los últimos diez meses.

Corazón y pulmones normales, aumento de volumen del bazo y del hígado, y ascitis moderada con edema de las extremidades inferiores.

Dice no haber hecho uso de alcohol en su vida.

Wassermann negativo. Orina normal.

Examen de sangre para malaria negativo.

Contaje de la sangre:

Corpúsculos rojos-----	3,450,000
Corpúsculos blancos--	7,500
Hemoglobi a --------	45%

Cuatro exámenes de las heces fecales practicados a intervalos de dos días para investigar parásitos intestinales, sólo demostraron la presencia de algunos huevos de Tricocéfalo, pero nunca fué posible hallar el huevo del Schistosoma.

Post-morten. En este caso como en los demás, solo voy a extractar los puntos más salientes.

Escuela de Medicina Tropical.

Autopsia No. 40.

DIANOSTICO ANATOMICO.

Cirosis nodular portal del hígado.

Hepatitis crónica debida a Schistosomiasis.

Esplenomegalia crónica.

Ascitis.

HIGADO. — MACROSCOPICO.

De 1075 gramos en peso, tamaño reducido y cubierto de nódulos que varían de 2 mm. a 1 cm. Las paredes de las ramificaciones principales de la vena porta aparecen engrosadas. No se encontró ningún Schistosoma en estos vasos

MICROSCOPICO.

Tres secciones demostraron cirosis portal nodular avanzada. El tejido conectivo se halla infiltrado con mononucleares. Lesiones simulando "tubérculos" pequeños se encuentran, algunos de los cuales contienen células gigantes. En un sitio es visto un cuerpo extraño parecido a la cápsula de un huevo de Schistosoma. — No hay evidencia de ictericia ni de pigmentación palúdica.

BAZO. — MACROSCOPICO.

De 875 gramos en peso, cápsula ligeramente engrosada, superficie lisa y desprovista de adherencias.

MICROSCOPICO.—Fibrosis difusa de la pulpa como la que se observa en la enfermedad de Banti.—Considerable hemosiderina diseminada por la pulpa y masas de pigmento en las trabeculas con calcificación de sus fibras.

RIÑONES.—Negativo.

CASO No. II.

Manuel Díaz, de 45 años de edad, color blanco y natural de Guayama.

HISTORIA.—Había gozado siempre de buena salud hasta diez años atrás en que empezó a quejarse de dolor en el estómago. Poco tiempo después comenzó a notar aumento del bazo y del hígado y distensión del vientre. Dice que nunca ha tenido paludismo ni enfermedades venéreas. Nunca usó alcohol. Padece de extreñimiento al extremo de tener que tomar purgantes con frecuencia. Nunca ha tenido diarrea ni evacuaciones sanguinolentas. La ascitis se hizo manifiesta en los últimos tres meses. Cuando fué admitido al Hospital en los últimos días de diciembre de 1926, presentaba caquexia avanzada.

Una laparotomía fué practicada a los dos días de la admisión y después de habérsele extraído de la cavidad una gran cantidad de líquido amarillento se observó que el hígado estaba noduloso y aumentado en volumen, y el bazo enormemente hipertrofiado y de color anormal.

Doce días después de la exploración fué necesaria la paracentesis para removerle más líquido.

En enero 17 de 1927 se encontraron varios huevos de Schistosoma Mansoni en las heces fecales, y el paciente murió por extenuación gradual el 30 de enero de 1927

Post-mortem.

Escuela de Medicina Tropical.

Autopsia No. 42.

DIAGNOSTICO ANATOMICO.

Schistosomiasis con cirrosis inflamatoria del hígado y colitis crónica.

Esplénomegalia debida a congestión pasiva crónica. ASCITIS.

Macroscópico.—BAZO, 1350 gramos, tamaño grande, pero de conformación normal. La cápsula se encuentra uniformemente engrosada.

Microscópico.—Aumento marcado del tejido conectivo. Folículas pequeñas. Ausencia de pigmentación palúdica y de Schistosomiasis.

HIGADO.—Macroscópico.

2050 gramos, extremosamente nodular con depresiones profundas. Cápsula generalmente engrosada. Fibrosis marcada alrededor de las grandes ramificaciones de la vena porta. Las paredes de la vena porta propia están algo engrosadas. En este vaso y ramificaciones más grandes se encontraron siete Schistosoma.

Microscópico.—En nueve cortes se apreciaron los mismos cambios. Anchos haces de tejido conectivo interlobular y dotados de gran vascularidad. Diseminados se encuentran huevos de Schistosoma en sus diferentes faces de desintegración. En muchos sitios se ve al huevo formando el centro de un nódulo que simula un "tubérculo".

INTESTINO.—Macroscópico.

El recto se halla ligeramente engrosado con coloración de la mucosa por una distancia de alrededor de diez centímetros. No hay sinembargo ulceración o exudado de la mucosa. En el ciego, colon transverso y flexura sigmoidea se encuentran nódulos hemorrágicos pequeños de 3 a 4 mm.

Microscópico.—De los doce cortes practicados solo uno demuestra a los parásitos en los vasos más grandes de la submucosa del recto. Cuatro otros cortes del colon y del ciego presentan ocasionalmente huevos en la mucosa y submucosa. En casi todos los cortes se notó una ligera reacción inflamatoria con engrosamiento de la mucosa, vascularidad notable e infiltración mononuclear. No había ulceración alguna.

RIÑONES.—Negativo.

CASO No. III.

Jesús Ramos, blanco, 37 años, soltero, de oficio labrador, natural de Utuado y vecino de Guayama. Ingresó al hospital en abril 30 de 1929 quejándose de dolor en el hipocondrio izquierdo acompañado de fiebres intermitentes. Dice que durante los últimos seis años había notado el crecimiento del bazo pero que intermitentemente trabajaba hasta cuatro meses antes de darle fiebre en que el debilitamiento gradual le invalidó por completo.

El examen de la sangre demostró la presencia del plasmodium vivax y el del excremento, ovas de Schistosoma Mansoni.

Contaje de la sangre:

Glóbulos rojos -----	3,000,000
Glóbulos blancos ---	6,000
Hemoglobina -------	40%

Puesto bajo tratamiento antipalúdico se logró modificar favorablemente la curva febril y cuando se iba a instituir un tratamiento a base de tártaro emético se observó que se iniciaba la **ascitis** acompañada de extenuación extrema.

El enfermo murió el 25 de julio de 1929.

Post-mortem.

Escuela de Medicina Tropical.

Especimen No. 2233.

HIGADO.

Peso 770 gramos, firme, duro y con superficie irregular y lobulada. Cápsula engrosada. Los tributarios de la porta están fibrosos y engrosados. Parásitos machos de Schistosoma se encuentran en los vasos accesorios a la porta.

Microscópico.—Engrosamiento notable con depósito de tejido fibroso en los vasos tributarios de la porta.

En el tejido fibroso se nota infiltración mononuclear y ovas de Schistosoma. Pigmentación palúdica.

BAZO.—Macroscópico.

Peso 710 gramos, grande con superficie áspera y nodosa. Cápsula engrosada y venas pronunciadas.

Microscópico.—Fibrosis difusa de la pulpa y abundante pigmentación palúdica.

INTESTINO GRUESO.

No hay lesión gruesa, excepción de un engrosamiento del tejido perirectal.

Microscópico.—En todas las paredes del intestino se encuentran huevos de Schistosoma, algunos de los cuales están cacificados.

RIÑONES, VEJIGA y PROSTATA.—Normales.

TESTICULOS.

Tejido intersticial edematoso con infiltración de células mononucleares, conteniendo gran número de huevos con su espina lateral, algunos de los cuales están calcificados; otros, vacíos.

DIAGNOSTICO.

Schistosomiasis del hígado, colon y testículos.
Cirrosis atrófica.
Pigmentación palúdica, del hígado y bazo.
Esplenomegalia.

CASO No. IV.

Pablo Figueroa, 10 años, mulato y natural de Guayama.

HISTORIA DE LA FAMILIA.

El padre y la madre viven en buena salud. Un hermano y tres hermanas buenas.

HISTORIA DEL PACIENTE.

Doce meses atrás, mientras trabajaba en la Colonia Vives, recibió un golpe en la región lumbar hacia la derecha. A las dos semanas del accidente se presentó con una masa dura y movible en el hipocondrio derecho. Nunca tuvo hematuria ni se hallaron huevos de parásitos intestinales en los primeros cuatro exámenes de las heces fecales. El quinto fué positivo de Schistosoma Mansoni.

El paciente fué referido al Hospital Presbiteriano para una pielografía. El informe fué: "Ninguna patología demostrable del riñón."

Algunos días después se le practicó una laparotomía exploratoria en el Hospital mencionado y dos pedacitos del tejido del tumor fueron examinados con el siguiente resultado microscópico:

"(Surg. No. 2094, May 29, 1929)—Carcinoma Coloide."

Tres semanas más tarde el paciente regresó a Guayama y recibió tratamiento intenso a base de tártaro emético sin haberse modificado en nada su condición. Se inició una caquexia con aumento progresivo de la masa tumoral seguido de ascitis, teniendo que hacérsele la paracentésis cada 10 días. La última de éstas demostró que el líquido era sanguinolento, habiendo sido de un color amarillento en las primeras.

Este paciente nunca vomitó ni tuvo brotes disentéricos como tampoco manifestó edema de las extremidades.

El examen del corazón y pulmones fué negativo hasta unas semanas antes de morir en que se notaron estertores y fricción pleural. Murió en diciembre 7, 1929.

Post-mortem.
Escuela de Medicina Tropical.
Autopsia No. 288.

DIAGNOSTICO ANATOMICO.

Carcinoma Coloide en la región del ciego con metastásia del peritóneo visceral y parietal, hígado, y ganglios mesentéricos y retroperitóneos.

Schistosomiasis. Parásitos adultos en las venas mesentéricas y retroperitóneas. Huevos en la mucosa intestinal, paredes del intestino, tumor, hígado y pulmones.

Tumor Esplénico Crónico.
Ascitis.
Pulmonía lobular confluente con pleuresía fibrinosa, lado derecho.
Bronquitis purulenta.
Hidrotorax, lado derecho.
Trómbosis de las venas ilíacas derecha e izquierda.

HIGADO.—Macroscópico.

Peso, 1330 gramos, superficie irregular con granulaciones bien definidas. La pared de la vesícula es de 3 mm. en espesor. La serosa está cubierta por una capa fina del tejido tumoral. No había parásitos en el interior de los vasos.

Microscópico.—En muy pocos sitios se conserva la estructura normal. En vez de lóbulos se ven "lóbulos falsos" desprovistos de la vena central, y casi totalmente rodeados por tejido conectivo.

Infiltración leucocitica.

Frecuentemente se observan huevos de Schistosoma en el tejido fibroso. Un corte demostró invasión del tejido tumoral.

BAZO.

Peso 150 gramos. Cápsula cubierta parcialmente por tejido del tumor. Al corte la pulpa aparece de un color rojo-obscuro, y se pueden ver las folículas y trabéculas.

INTESTINOS.—Macroscópico.

Serosa cubierta por tejido tumoral. Masa grande y densa en la región del ciego. Reducción del calibre del ciego y del colon al nivel de la acodadura hepática. La mucosa del recto aparece hiperémica pero ninguna úlcera se halló en el canal intestinal.

Microscópico.—Un sin número de huevos de Schistosoma se encontraron en la mucosa del intestino grueso y del pequeño. Cuerpos en forma de "tubérculos" compuestos de células epitelioides.

Infiltración polinuclear alrededor de los huevos.

Contrastando con estos cuatro casos, en los que predominaba la patología del hígado y del bazo, voy a citar otro, en el cual la sintomatología correspondía a una colitis supurada con ulceración extensa.

CASO No. V.

Caso del Doctor Lambert. Se trataba de un caso en el que la enfermedad fué un proceso de dos meses de duración en contraste con más de seis años en los tres primeros. Los síntomas principales fueron diarrea, más o menos disentérica en carácter, y fiebre.

A la autopsia, lesiones de importancia se encontraron solamente en el hígado e intestinos grueso. El hígado no era grande, pues pesaba 1510 gramos, y aparentemente no había evidencia de cirrosis. Microscópicamente, los "tubérculos" característicos conteniendo huevos, se encontraron, pero ninguna otra lesión de importancia.

El intestino grueso por el contrario, presentaba cambios muy marcados. La mucosa presentaba desde el ciego una apariencia granulosa, y al removérsele el exudado que la cubría, la granulación se hizo más visible.

No había úlceras grandes ni formación polipoide tan característica de la enfermedad. Sí, se notó denudación irregular de la mucosa con partes engrosadas además de una induración difusa del intestino. Microscópicamente, huevos de Schistosoma se encontraron en el exudado de la superficie como también en cortes de la mucosa. La reacción inflamatoria era visiblemente purulenta; y cultivos tomados de la mucosa exibieron un desarrollo abundante de estafilococos, pero ningún germen del grupo tifodisentérico, ni ninguna **amiba.**

ANEMIA ESPLENICA O ENFERMEDAD DE BANTI.

Sir Moyniham (2) hablando sobre la cirugía del bazo dice:

"Es probable que más de una condición son clasificadas bajo la denominación de enfermedad de Banti." Y a continuación cita la definición de Sir William Osler, como "Una afección crónica, probablemente una intoxicación de origen desconocido, caracterizada por un aumento progresivo del bazo, que no tiene correlación con causas conocidas, como malaria, sífilis, cirrosis del hígado, etc. (Esplenomegalia primitiva)' anemia de tipo secundario (Leucopenia), tendencia marcada hacia hemorragias, particularmente del estómago; y en muchos casos una fase terminal, con cirrosis del hígado, ictericia y ascitis (Enfermedad de Banti.")

La enfermedad ocurre generalmente en personas jóvenes y progresa lentamente. Sucede con frecuencia que el paciente se da cuenta de que las cosas no marchan bien al notar la presencia de una masa en el lado izquierdo del abdomen. Sobrevienen accesos febriles periódicos con intervalos de meses y a veces años de uno a otro. Después de esto pueden presentarse hemorragias hematemesis epistaxis, melena. El examen de la sangre se revela

en un cuadro bastante uniforme. Disminución de los corpúsculos rojos, siendo el promedio de 3,500,000. Disminución de los corpúsculos blancos, y un porcentaje bajo de hemoglobina. En algunos casos se observa pigmentación marcada de la piel. En un período más tarde aparece ascitis, precedida o no, por cirrosis del hígado. Banti atribuye el aumento del bazo a una toxemia de origen intestinal y describe tres períodos: En el primero, aumento del bazo con anemia secundaria; en el segundo, cirrosis del hígado; y en el tercero, ascitis lenta e indolora.

El curso de la enfermedad en algunos casos es lento, en otros, rápido. El enfermo continúa de mal en peor, especialmente después de haberse declarado ascitis, y la muerte puede verificarse por extenuación gradual, o rápidamente por hemorragias.

L. B. Wilson (3) en un estudio de la patología de la esplenomegalia basado en el material obtenido en la Clínica Mayo, llega a las conclusiones siguientes:

1.—El examen patológico de 18 bazos removidos de pacientes diagnosticados positivamente de anemia esplénica, demuestra que en cada bazo había hiperplasia de uno o más de los elementos constituyentes. En dos bazos el tejido linfoideo estaba tan notablemente desarrollado que sugirió el diagnóstico de linfoma en uno, y de linfosarcoma en el otro. En tres bazos la proliferación del endotelio de los senos venenosos fué el elemento predominante. En trece bazos el proceso era difuso y crónico, envolviendo todos los tejidos constituyentes.

2.—Aunque cualquiera esplenomegalia primitiva comience por un desarrollo del tejido linfoideo o endotelial, en el curso ordinario de los sucesos se verifica un crecimiento secundario del intersticio de la glándula acompañado de degeneración de los elementos linfoideos o endoteliales.

3.—Los bazos más grandes son aquéllos en que predomina una hiperplasia endotelial. A medida que crece el tejido conectivo, el órgano se reduce en tamaño debido a la reducción de los elementos linfoideos y endoteliales.

4.—La aspereza exterior del bazo va en proporción directa con el crecimiento del tejido conectivo.

5.—En la esplenomogalia primitiva se asocia una cirrosis secundaria del hígado con gran desarrollo del tejido conectivo y degeneración de la pulpa del bazo.

6.—De lo que nosotros sabemos de hiperplasia en otros órganos, parecería innecesario asumir hipotéticamente la presencia de tres causas diferentes en la producción de las tres variedades histológicas de la anemia esplénica.

7.—El cuadro patológico que se encuentra en todos los tres tipos de bazos de anemia esplénica, parece estar en armonía completa con la hipótesis de la presencia de una toxina que actúa lentamente.

W. J. Mayo (4) en la serie de 18 casos esplenectomizados por anemia esplénica, distribuye así los hallazgos patológicos:

Hiperplasia linfoidea (linfoma (?) I, linfosarcoma I)	2
Proliferación endotelial (tipo de Gaucher)	3
Esplenitis crónica difusa	13

SUMARIO

Resumiendo clínicamente los síntomas

más salientes que se observan en el período crónico de ambas entidades nosológicas, encontramos:

1o.—Esplenomegalia, cirrosis y ascitis.

2o.—Cuadro similar de la sangre: disminución en el número de corpúsculos rojos y blancos y en el porcentaje de hemoglobina.

3o.—Ausencia de cambios marcados del sistema linfático.

4o.—Períodos alternados de progresión y remisión acompañados de reacciones febriles más o menos intensas.

Y patológicamente encontramos los cambios siguientes: cirrosis del hígado, fibrosis difusa del bazo con aumento de la pulpa (hiperplasia), y calcificación y ateroma de las venas porta y esplénica.

INFERENCIAS

1a. La ausencia de ovas de Schistosoma Mansoni en las heces fecales de casos avanzados de Bilharziasis Intestinal que han progresado a la esplenomegalia, cirrosis y ascitis, se explica por la desintegración y muerte de los parásitos. Sólo los pacientes que por su ocupación estén expuestos a una reinfección, pueden volverlos a pasar de nuevo.

2a.—La cirrosis del hígado en ambas condiciones, va acompañada de calcificación y ateroma de las venas porta y esplénica.

3a.—Convendría investigar si se puede seguir afirmando categóricamente que en el síndrome de Banti es la esplenomegalia la que precede a la cirrosis del hígado, o vice-versa.

4a.—Si al examen post-mortem de casos diagnosticados positivamente de Schistosomiasis Mansoni observamos varices esofágicas a las que atribuímos con tanta frecuencia las hematemesis.

5a.—Si, como sostiene González Martínez (5) siguiendo a Letulle, Maden y Risquez, las lesiones en la Schistosomiasis no son sólo debidas a la traumatización por el espolón del huevo o por los parásitos sino también a la posible elaboración de una toxina, tendremos que darle mayor fuerza a la única teoría sostenible hasta hoy día en la producción de la esplenomegalia de Banti, a saber: una toxina de origen intestinal.

6a.—Investigaciones ulteriores nos definirán al síndrome de Banti como un episodio en las fases más avanzadas de la Schistosomiasis Mansoni, y posiblemente, de otros procesos morbosos que están por estudiarse.

REFERENCIAS

(1) Lambert, R. A.—Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.—Oct., 1928.
(2) Moynihan, Abdominal Operations.
(3) L. B. Wilson ("Surg. Gyn. and Obst." March, 1913).
(4) Mayo, W. J. ("Surg. Gyn. and Obst." March, 1913).
(5) González Martínez, "Lectures before the Faculty of Medicine of Barcelona",—1920.

EL DUELO DE LA MEDICINA

"WARTHIN"

A. Torregrosa.

La Medicina mundial ha experimentado en el curso de los dos últimos años pérdidas irreparables. Puede decirse que en ningún otro campo el número de grandes figuras desaparecidas ha sido tan crecido como en el de las ciencias médicas. La muerte se ha mostrado verdaderamente implacable y despiadada haciendo víctimas excelsas, lo mismo en uno que otro continente, y escogiéndolas igualmente entre los sabios varones de la cátedra y el laboratorio como entre los sacerdotes de la gran clínica.

El desfile de figuras cumbres es realmente impresionante: Widal, Sicard, Von Pirquet, Noguchi, Ferrán, Dercum, Kraepelin, Kovacs, Lescéne... No son las escuelas de París y Viena, New York y Barcelona, el Japón y Filadelfia y Munich las que han sufrido esas crueles amputaciones: es todo el orbe civilizado que veía en ellos los representativos más conspícuos de la Medicina contemporánea.

Cae ahora otro cuya obra puede justamente parangonarse con la de uno cualquiera de aquellos ilustres desaparecidos: Warthin.

El mundo médico que en su día hubo de llorar a Pasteur y Charcot, Lister y Osler, Dieulafoy y Allbutt, se fué haciendo poco a poco a la idea de que había de resignarse a perder a Widal y a Ferrán y a otros cuya dilatada vida llenaba páginas y capítulos enteros de nuestros anales. La brusca marcha a la eternidad de Pirquet, Noguchi, Sicard y Warthin, arrancados súbitamente o tras brevísima dolencia, ha conmovido a todos los admiradores de estos maestros e investigadores incansables, los cuatro relativamente jóvenes, no ya por razón de la edad sino por la actividad creadora, incomparable, de cada uno de ellos. Han muerto los cuatro en la plena productividad, después de darle a la patología, la bacteriología, la inmunología y la clínica, impulsos y descubrimientos que han marcado nuevos rumbos, nuevos conceptos y orientaciones, creaciones, en una palabra.

Pretender condensar en algunas páginas la obra médica de Warthin sería vana tarea. Profesor titular de patología en Michigan desde los treintisiete años, fué por muchos anteriores un cultivador sobresaliente de las ciencias biológicas aplicadas a la Medicina. Llegó a la cátedra con un caudal enorme de conocimientos y lejos de limitarse a una labor puramente docente, como muchos una vez escaladas esas alturas, redobló entonces sus ímpetus de investigador y en los veintiocho años transcurridos ha dado al mundo en más de *mil* trabajos originales e informes académicos los frutos de eso que para él no era más que un aprendizaje largo, continuado cada día con más vehemencia, y para nosotros asombrador por la misma perseverancia y prolificidad unidas al rigorismo científico más exagerado. Penetró en los más

profundos arcanos de su ciencia predilecta: acaso no quedo víscera alguna, como función alterada, que escapara a su talento inquisitivo. Porque para él la patología no era, como para la mayor parte de sus cofrades americanos, simplemente anatomía patológica, sino la *enfermedad* en su más amplio concepto; enseñaba que para comprender lo que es el organismo enfermo precisa estudiarle desde todos sus ángulos y proyecciones, solicitando el aporte de la fisiología, de la fisiopatología, de la antropología y de todas las disciplinas biológicas, y hasta de la fisiología. Dentro de las arideces de la anatomía e histología patológicas (que en realidad no son más que los residuos) sabía hacer resaltar lo que es la enfermedad en su esencia, el morbo filosóficamente considerado. Tenía el genio de aunar las enseñanzas de Rokitansky, Virchow y Ziegler con las experiencias clínicas de Skoda, Laennec y Louis (era un gran devoto de este último). Sus lecciones estaban llenas de esa amenidad que los franceses cultivan con tanto esmero, y lograba hacer que se interesaran en ellas aún los novicios del segundo año.

Una autopsia practicada por Warthin, seguida tres o cuatro días después por la demostración histológica correspondiente y el análisis minucioso del proceso clínico, constituía la mejor cátedra de medicina interna (nos aventuramos a decir) que pudiera apetecerse. Oficiaba ante el cadáver como un antiguo sacerdote ante su ícono; con que profundo respeto, con qué unción acometía la tarea! Su religiosidad era tal que no consentía el más leve cuchicheo ni comentario que desentonase en la solemnidad del momento. Escudriñaba todo lo escudriñable y después de atender a las minucias y detalles de rigor, le quedaba tiempo para indagar ante lo más pequeño: los ganglios hemolinfáticos, los parovarios, los paratiroides, algún que otro osteofito craneal, alguna inapreciable (para los demás) periostitis o pericondritis, etc. Al concluir se podía firmar que el cadáver había dado todo el material de enseñanza que de él podía derivarse. Se sentía muy contrariado cuando no se le permitía más que la apertura de una o dos cavidades.

En ninguna escuela u hoospital europeo o americano he visto demostraciones histológicas provenientes de autopsias, más completas, que las que en mi época de estudiante se daban en Ann Harbor. Había casos en que el número de preparaciones se elevaba a treinta y cuarenta. No se buscaba la mera corroboración de un diagnóstico de fiebre tifoidea o meningitis, por ejemplo, sino que se indagaban las menores alteraciones capaces de revelar todos los órganos de la economía, estudiándose no un sólo espécimen de cada uno, sino varios. Exigía siempre datos complementarios bacteriológicos, químicos y microquímicos lo más terminantes posibles. Luego el caso era analizado en conjunto. El hábito de un estudio analítico pormenorizado en sus menores rasgos no valía gran cosa para él si no se sabía llegar a una síntesis bien comprensiba. Aquí sobresalía rotundamente, derivando de la anamnesis, de la evolución del mal y de sus hallazgos patológicos toda la cronología morbosa del ente a quien debíamos quedar agradecidos por haber realizado el sublime precepto de *mortui vivos docent*.

Con haber llegado a ser un gran patólogo ya para aquellos años de 1905 y 1906 en que trabajamos en su "staff", no concretaba a ese único campo sus valiosas actividades. Devotísimo lector de la his-

toria de la Medicina, a la difusión de la literatura clásica dedicada buena parte de su tiempo. Cómo se extasiaba comentando en grupo con sus más allegados el *De motus cordii*, de Harvey, y las obras geniales de Jenner, Sydenham, Paré, Hunter y otros grandes precursores; con cuanta delectación nos hacía gustar pasajes relacionados con tópicos médicos de entre los ensayos de Descartes, Erasmo, Spinoza y otros humanistas de los siglos inmediatamente posteriores al Renacimiento; qué profundo le parecía Rabaleis... El valor educativo de los museos anatómicos y patológicos le llevó a consagrar a su creación y propaganda también parte apreciable de su bien aprovechado tiempo. Otra parte, acaso la más placentera fuera de las atenciones del profesorado y de la investigación, la daba a su cultura artística. Era un apasionado por la música y las artes plásticas: hablaba con casi igual erudición de los pintores pre-rafaelistas y de Rembrandt, Durer y el Ticiano, de las esculturas de los clásicos griegos y de Miguel Angel, Donatello y Cellini, de las producciones orquestales de Bach, Haendel y Beethoven, como de la necrosis de Zenker, de las leucemias, de los cloromas y gliomas.

Poseedor de una mente tan ampliamente cultivada, era natural que quisiera otro tanto para sus discípulos y de ahí que a muchos les pareciera exageradamente exigente y esto aun dentro del marco de su sola asignatura. Pero Warthin concebía que pudiera llegarse a ser buen médico sin conocer patología, mucha patología; éste era el fundamento de todo el edificio y confiaba en la seguridad de que tarde o temprano se le sabría agradecer el rigorismo (mejor interés) de sus métodos de enseñanza. Insistía además en que el alumno debía familiarizarse con otras disciplinas aparte de las propiamente médicas porque aquél que dice no saber más que de Medicina concluye por ni siquiera saber de Medicina (concepto que hemos encontrado luego en trabajos de Letamendi y Marañón.)

Partidario decidido de la especialización en todas las esferas, cuidaba de recalcar los peligros de *too much specialization* y a este fin nos contaba de un clínico conocido suyo que había hecho estudios tan profundos del cuerpo tiroides y sus enfermedades que, a pesar de su sólida preparación como internista, no atinaba nunca a hacer más que uno de estos dos diagnósticos: hipertiroidismo hipotiroidismo.

En aquellos años en que empezaban a utilizarse los rayos X como poderosos auxiliares de la clínica y en que se iniciaba el empleo del esfigmomanómetro y se generalizaban otros medios de precisión nos repetía una y otra vez cuánta debía ser nuestra ponderación estableciendo la preponderancia de la inteligencia que interpreta sobre el valor nominal de tales o cuáles cifras y tal o cual imágen. "No es el aparato o instrumensino el cerebro que está detrás". Y a este propósito recordamos una anécdota: en su curso de histología patológica nos aconsejaba estudiar primero las preparaciones con una lente de baja amplificación, para así darnos mejor cuenta de "la arquitectura" del tejido y sus más salientes alteraciones; los detalles se apreciarían luego con un objetivo de mayor potencia. Se le acerca un discípulo a preguntarle, cierto día, con qué clase de lente podía estudiar determinada prepa-

ración que se le había dado a reconocer; *nse a low power lens and a high power cortex fué su respuesta.*

La obra más notable de Warthin la que verdaderamente llevara a la posteridad el nombre de este *brillant savant americain* (como le califica un autor francés) es el conjunto de sus trabajos acerca de la patología de la sífilis, especialmente de la sífilis del miocardio y del aparato cardiovascular en general. Las estadísticas compiladas por él y deducidas de sus hallazgos de lesiones específicas en tales órganos son poco menos que horripilantes: nunca se sospechó incidencia tan alta. La avariosis latente, ignorada, fué su caballo de batalla en estos últimos años. Nadie describió con mayor lucidez que él las alteraciones histológicas que produce este azote de la humana especie. Sus conclusiones en esta materia han encontrado franca acogida en la generalidad de los libros de texto y tratados publicados en la última década en Europa y Norte América; ha sido la suya una real y verdadera consagración a este respecto.

La extensión y universalidad de su labor tardará más en conocerse, dispersada como queda, fragmentariamente, en gran número de revistas. Buena evidencia de la consideración y estima que mereció a sus colegas es el *Fetschrift* editado en homenaje del gran investigador hace dos años, al cumplir el primer cuarto de siglo de su profesorado.

Adios para siempre, espíritu luminoso, sabio preceptor y bondadoso consejero. Dos o tres generaciones de médicos salibásicos de su estructura científica. Yo, dos de las aulas te deben los principios entre todos, seguramente uno de los más humildes, pero también de los más agradecidos, quiero consagrarte este recuerdo.

Adios, grande amigo.

Libro recibido.

Hemos recibido como obsequio del Editor Manuel Marín, Barcelona, el siguiente libro:

ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES

Patología y terapéntica funcionales por el Profesor Barón Alexander V. Koranyi traducido del alemán por el Dr. J. González Campo de Cos.

Este libro se encuentra en la Biblioteca de la Asociación Médica de Puerto Rico donde puede ser consultado por cualquier médico.

P. DEL S. No. 90

EN EL SENADO DE PUERTO RICO

Los Sres. Matta, Iriarte, Goyco y Soto presentaron el siguiente proyecto de

LEY

Para regular el ejercicio de la profesión médica en Puerto Rico; para establecer un Tribunal Examinador de Médicos; para derogar la "Ley estableciendo un Tribunal Examinador de Médicos, regulando el ejercicio de la profesión médica, y para otros fines", aprobada el día 30 de julio de 1923; para derogar la "Ley para enmendar la ley titulada 'Ley estableciendo un Tribunal Examinador de Médicos, regulando el ejercicio de la profesión médica, y para otros fines, aprobada en 30 de julio de 1923,' y para otros fines, aprobada el día 1o de julio de 1924, y para otros fines.

Décretase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1.—Al empezar a regir esta Ley, el Gobernador de Puerto Rico, por y con el consejo y consentimiento del Senado de Puerto Rico, a propuesta de la Asociación Médica de Puerto Rico, nombrará por un término de cuatro años, un Tribunal Examinador de Médicos, compuesto de siete médicos, con no menos de cinco años de ejercicio de la profesión en la Isla cada uno, y de acuerdo con las siguientes disposiciones; *Disponiéndose*, que no más de tres de estos médicos serán residentes de la ciudad de San Juan.

Artículo 2.—Dicho tribunal se proveerá de un sello oficial y elegirá de su seno, en la primera sesión y cuando hubiere una vacante, un Presidente, un Secretario-Tesorero y cinco Vocales. Cuatro miembros del Tribunal constituirán *quorum* y las decisiones se tomarán por mayoría.

Artículo 3.—El Presidente y el Secretario firmarán todo documento oficial emanado del Tribunal Médico de Examenes.

Artículo 4.—El Tribunal tendrá a su cargo la autorización en la Isla de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley, del ejercicio de la profesión de médico-cirujano, y osteópata y de las profesiones auxiliares, quedando por la presente autorizado para expedir licencias para las profesiones siguientes: de médico-cirujano, de osteópata, de practicante y de comadrona.

Artículo 5.—El Secretario del Tribunal rendirá al Auditor de Puerto Rico una cuenta mensual de sus ingresos y gastos y certificará la asistencia por sesiones de los miembros del Tribunal; deberá llevar un libro de actas de las sesiones, las cuales firmará juntamente con el Presidente, y también tendrá a su cargo un registro de todos los solicitantes de licencias, debidamente clasificados por profesiones, con la expresión de la edad de los mismos, el tiempo invertido en sus estudios y el nombre y lugar de las instituciones que expidieron los diplomas correspondientes, o los certificados de asistencia y práctica. También se hará constar en dicho registro si ha sido rechaza

do el aspirante o si ha recibido alguna licencia con arreglo a esta Ley. Además tendrá a su cargo y bajo su custodia y rseponsabilidad todos los documentos, libros de registros y archivos pertenecientes al Tribunal.

Artículo 6.—El Tribunal presentará al Gobernador de Puerto Rico, por conducto del Secretario Ejecutivo, un informe anual demostrativo de sus trabajos, dando cuenta del número de solicitudes recibidas y licencias expedidas; de las cuentas de gastos e ingresos; cuentas de dietas recibidas por los miembros del Tribunal y quienes las recibieron, y los demás datos que el Gobernador solicitare.

Artículo 7.—El Tribunal podrá contratar los servicios de un abogado en casos en que lo estime necesario; y los honorarios serán satisfechos de los fondos del Tribunal Examinador de Médicos, y si éstos no fueren suficientes, de cualesquiera otros fondos existentes en el Tesoro Insular, no destinados para otras atenciones; tendrá facultad para citar testigos y obligarlos a comparecer ante ella, y estará asimismo facultada para tomar declaraciones y juramentos y para recibir las pruebas que le fueron sometidas en todo asunto que caiga dentro de su jurisdicción. Asimismo podrá exigir que se le envíe copias de libros documentos o extractos de ellos, en todos los casos en que tenga derecho a examinar los originales o a exigir la presentación de los mismos. Toda citación con apercibimiento expedida por el Tribunal, deberá llevar el sello de la misma, y deberá ser suscrita por el Presidnte o el Secretario, pudiendo ser notificada por cualquier adulto en cualquier parte de la Isla de Puerto Rico.

Todo testigo que fuere requerido para comparecer ante la Junta o ante cualquiera de sus miembros, recibirá por cada día de comparecencia la suma de un dólar y cincuenta centavos ($1.50), y diez centavos por cada milla recorrida por el testigo, por la ruta usual, entre su casa y el sitio de la comparecencia. Todos los desembolsos que se hicieren en el pago de dichos honorarios se pagarán en la misma forma que se dispone en el primer párrafo de este artículo.

Los honorarios para notificación de una citación con apercibimiento, serán iguales a los que se pagan por servicios similares en las cortes de distrito. Los honorarios, gastos y costas en cualquier audiencia o en relación con ella serán satisfechos en la forma que la Junta acordare.

Si cualquier individuo que hubiere sido citado con apercibimiento para comparecer ante la Junta o ante cualquiera de sus miembros, dejare de obedecer dicha orden o citación, o si cualquier individuo que compareciere ante el Tribunal o ante cualquiera de sus miembros se negare a prestar juramento o a declarar, o a contestar cualquiera pregunta pertinente, o a presentar cualquier documento pertinente cuando así lo ordenare el Tribunal, ésta podrá invocar la ayuda de cualquier corte de distrito de Puerto Rico, para obligar dicha comparecencia, la declaración de los testigos y la presentación de documentos; y dicha corte por causa justa demostrada, expedirá una orden a cualquier persona para que comparezca ante la Junta o cualquiera de sus miembros y presente los papeles y documentos requeridos, si así se le ordenare, y para que preste declaración en cuanto al asunto de que se trate; y la fal-

ta de obediencia a dicha orden de la corte, constituirá desacato y podrá ser castigada como tal.

El Tribunal podrá promulgar las reglas y reglamentos que estime conveniente para la buena marcha de dicho organismo, y para el mejor cumplimiento de esta Ley, siempre que aquéllos no estuvieren en pugna con la misma, ni impidan el cumplimiento de los derechos específicos en ella establecidos. Tales reglas y reglamentos, una vez aprobados por el Tribunal, tendrán fuerza de ley y serán promulgados y publicados por el Secretario Ejecutivo de Puerto Rico.

Artículo 8.—A cada miembro del Tribunal, por la presente se le asigna la suma de siete (7) dólares por cada día o fracción que prestare sus servicios y, además, a los no residentes se les pagará millaje, a razón de diez (10) centavos por cada milla recorrida.

Artículo 9.—Toda persona que fuere denunciada y convicta de ejercer ilegalmente la medicina o cirugía, la osteopatía, o cualquier rama de éstas o de sus profesiones auxiliares, o la obstetricia, contraviniendo a las disposiciones de esta Ley, por cada infracción incurrirá en un delito de *misdemeanor* y será castigada con una multa que no bajará de veinticinco dólares o prisión en la cárcel, o ambas penas a discreción del Tribunal; *Disponiéndose*, que las cortes de distrito tendrán jurisdicción concurrente sobre estos casos; *Disponiéndose, además*, que en caso de reincidentes el delito aparejará pena mínima de treinta días de cárcel. Para los efectos de esta Ley se considerará como ejerciendo ilegalmente la medicina y cirugía, la osteopatía o cualquiera de las ramas de estas profesiones, o la obstetricia, o cualquiera de las profesiones auxiliares de la medicina y cirugía, a cada persona que, sin poseer una licencia expedida por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, se anunciare o se hiciese pasar como médico, cirujano, osteópata, practicante o comadrona, prestare servicios como tales e interviniere en el tratamiento de enfermedades o defecos físicos, recibiere o no remuneración por tales servicios; *Disponiéndose, además*, que constituirá *misdemeanor* sujeto a las mismas penalidades enumeradas anteriormente: 1. El uso del título de "Doctor en Medicina", o cualquier abreviación derivada del mismo, incluyan o no los términos "Quiropodista", o "Pediatrista", excepto en los casos de personas que estuvieren legalmente autorizadas para ejercer la medicina en Puerto Rico. 2. El uso de los términos "Especialista Pédico", "Cirujano Pédico", "Cirujano Ortopédico", "Especialista Ortopédico", o cualquiera otra derivación de los mismos, excepto en los casos de personas legalmente autorizadas para ejercer la profesión médica en Puerto Rico. 3. El anunciarse como quiropodista o pediatrista, a menos que sea un médico o cirujano legalmente autorizado para ejercer la profesión en esta Isla, haciendo saber que el anunciante trata toda clase de enfermedades y dolencias de las condiciones anormales de los pies.

Artículo 10.—El Tribunal celebrará exámenes regulares en la capital de la Isla, dos veces al año, dando comienzo el primer martes laborable de marzo y septiembre de cada año; *Disponiéndose*, que se celebrarán exámenes extraordinarios para médico cirujano cuado seis o más aspirantes lo solicitaren.

Artículo 11.—Los exámenes de reváli-

da de médicos cirujanos se efectuarán por escrito y según las reglas que dicte el Tribunal, sobre las siguientes materias: anatomía humana, histología normal y patológica, fisiología, bacteriología, higiene pública y privada, medicina general y diagnóstico, cirugía general, obstetricia ginecología, farmacología medicina legal y toxicología, materia médica y terapéutica, enfermedades tropicales, y además se efectuará un examen clínico práctico. El examen sobre enfermedades tropicales constará de dos partes: una teórica por escrito y otra práctica, incluyendo microscopía, laboratorio y diagnóstico en casos clínicos. Los exámenes de reválida de osteópatas, versarán sobre las mismas materias de los médicos-cirujanos, exceptuando osbtetricia, ginecología, materia médica, farmacología, terapéutica, medicina legal y enfermedades tropicales. De igual modo los osteópatas deberán sufrir un examen clínico práctico. Los exámenes podrán ser contestados en los idiomas inglés o español, a elección del examinando.

Artículo 12.—Los derechos de exámenes y certificados o licencias serán como sigue: Para los médicos cirujanos y osteópatas veinte y cinco (25) dólares, y cinco (5) dólares para una licencia si se expidiere. Para las comadronas, y cirujanos menores o practicantes cinco (5) por derecho de examen y cinco (5) dólares por el certificado o licencia si se expidiere. Todos los derechos se pagarán por adelantado en giro postal o cheque certificado, a nombre o a la orden del Secretario del Tribunal Examinador de Médicos. Todo aquél que no lograse pasar el examen requerido o por causa jnstificada y aceptable para el Tribunal no hubiere podido presentarse a la convocatoria correspondiente, tendrá el privilegio de ser admitido a tomar el examen próximo, libre de derechos. El importe de estos derechos, no será devuelto al solicitante por dejar de presentarse a examen, ni por haber sido desaprobado.

Artículo 13.—Los fondos recaudados por derechos de exámenes y licencias, de acuerdo con esta Ley, serán depositados a nombre del Tesorero de Puerto Rico y estos fondos ingresarán en el fondo asignado por la ley de presupuesto y pasados por *special warrant* por el Auditor de Puerto Rico, anualmente, para los gastos de este Tribunal, pudiendo entonces el Tribunal hacer uso de este fondo para el pago de dietas y millaje a sus miembros, y los gastos generales del Tribunal: *Disponiéndose,* que si estos fondos no fueren suficientes, el déficit será cubierto por el Tesorero de Puerto Rico con cualquier fondo existente en el Tesoro Insular, y que no esté destinado a otros fines.

Artículo 14.—Toda persona que aspire a obtener licencia para ejercer en la Isla de Puerto Rico, la profesión de médico cirujano a la de osteópata, deberá llenar los siguientes requisitos:

1. Ser ciudadano mayor de edad, de los Estados Unidos de América.

2. Haber aprobado los exámenes a que se refiere el artículo II de esta Ley.

3. En defecto del anterior requisito haber obtenido licencia para ejercer dicha profesión mediante exámenes sufridos ante el Tribunal correspondiente en alguno de los Estados de la Unión Americana, con el cual el Tribunal Examinador de Médicos haya establecido relaciones de reciprocidad, según se autoriza en el artículo 9 de esta Ley; *Disponiéndose,* que los aspirantes a licencia que haya de

obtenerse mediante los exámenes a que alude el inciso 2 de este artículo, cuyos títulos profesionales hubieren sido expedidos por alguna Universidad que no exija como requisito para ingresar en la facultad de medicina un grado de bachiller o lo que estime la equivalencia del mismo, deberán, además de los estudios correspondientes de los 4 años de una alta escuela acreditada, haber aprobado no menos de 2 años de bachillerato en un colegio en el cual se enseñen ampliamente, entre otras materias, las de química orgánica e inorgánica, física superior, biología avanzada y un idioma extranjero.

4. Poseer un diploma o título de médico cirujano expedido por alguna Universidad acrediatada de los Estados Unidos, Puerto Rico, o país extranjero, registrada por el Tribunal Examinador de Médicos y que mantenga un alto nivel en las materias propias de dicha profesión: *Disponiéndose*, que el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, si lo estimare conveniente podrá al preparar el registro de escuelas de medicina acreditadas, guiarse por la clasificación adoptada por los Tribunales Examinadores en los Estados de la Unión Americana con los cuales mantenga relaciones de reciprocidad.

Una vez llenados los requisitos anteriores, el solicitante que deseare ser admitido a examen, deberá llenar los impresos que suministre el Tribunal para que se acredite bajo juramento, su identidad, la autenticidad de los diplomas y títulos que posea, su mayoría de edad, y las de buena conducta y reputación de que deberá gozar; y una vez aprobados los exámenes que señala el inciso 2 de este artículo, el Tribunal expedirá al interesado una licencia autorizándolo para ejercer libremente la profesión de médico-cirujano o de osteópata en la Isla de Puerto Rico.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables a los osteópatas en toda la extensión que abarquen los estudios de esta profesión; *Disponiéndose, sin embargo*, que ningún osteópata podrá intervenir en ningún caso de parto o en el tratamiento de afecciones gineológicas ni recetar medicamentos de ninguna clase. La infracción de estas disposiciones constituirá práctica ilegal de la medicina, y sujetará a su autor a las responsabilidades consiguientes; *Y disponiéndose, además*, que en el caso de médicos de buena reputación científica que vinieren a la Isla de Puerto Rico y desearen ejercer la medicina, el Tribunal Examinador de Médicos, podrá, después de aquilatar los méritos y autoridad científica del interesado, librarle la correspondiente licencia para ejercer la medicina en Puerto Rico, por término de 90 días que podrá ser extendido a noventa días más, si el Tribunal Examinador de Médicos así lo acordare; *Y disponiéndose, además*, que no podrá desempeñar las funciones de médico cirujano en ningún cargo público, ninguna persona que no haya sido previamente autorizada por dicho Tribunal, para ejercer la profesión de médico cirujano en Puerto Rico; *Y disponiéndose, además*, que en lo sucesivo sólo podrán ejercer la profesión médica en Puerto Rico las siguientes personas: 1. Los que obtuvieren licencias de la Junta Superior de Sanidad, desde su fundación hasta el año 1901 y que aparezcan sus nombres en los registros correspondientes. 2. Los que obtuvieren asimismo, licencias de la Junta

Superior de Sanidad y cuyos nombres no aparezcan en dichos registros, pero que presenten sus licencias al Tribunal Examinador de Médicos para su registro en el *record* del Tribunal. 3. Los que tengan licencias expedidas por el Tribunal desde el año 1903 en adelante y estén inscritos en los registros del Departamento de Sanidad de Puerto Rico. 4. Los que por sentencia del Tribunal Supremo de Puerto Rico tengan derecho reconcido para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico a virtud de legislación anterior; *Disponiéndose, asimismo,* que los así utorizados par ejercer deberán presentar al Tribunal la documentación acreditiva de tal reconcimiento, para su registro crrespondiente; *Y disponiéndose, además,* que a petición del Tribunal Examinador de Médicos, el Attorney General de Puerto Rico, solicitará un acto de *Injunction* para impedir que la persona acusada de ejercer ilegalmente la medicina y cirugía o sus profesiones aliadas en esta Isla, continúe el ejercicio de dicha profesión de médico o de cualesquiera de sus ramas, hasta tanto se resuelva la acusación; Y *disponiéndose, además,* que ninguna persona que antes y después de esta Ley tenga revalidado su diploma de optómetra y obtenido na correspondiente licencia para ejercer la optometría en la Isla de Puerto Rico, estará autorizada a examinar diagnosticar, tratar o curar pacientes afectos de síntomas oculares que sean o puedan ser independientes de los defectos de refracción, ni a anunciarse como capaz de hacerlo ni a usar medicinas o drogas para el tratamiento de afecciones de los ojos o para los exámenes que practique, dentro de sus facultades y atribuciones ni a vender tales medicinas; sino que sólo podrá hacer exámenes para la corrección de las personas afectas de errores de refracción y llevar a cabo la fabricación y la adaptación de los cristales y monturas correspondientes. La infracción de cualquiera de dichas disposiciones constituirá práctica ilegal de la medicina, con las responsabilidades consiguientes.

Artículo 15.—Los médicos del Ejército, Marina y Servicio de Sanidad Pública (U. S. Army and Public Health Service), quedan dispensados de los exámenes anotados en el artículo 11, y podrán ejercer la medicina en Puerto Rico, mientras se encuentren en el ejercicio activo de sus funciones oficiales, para lo cual deben obtener una licencia especial expedida por el Tribunal y pagar veinte y cinco (25) dólares de derechos además de cumplir con lo establecido en el artículo 14 de esta Ley. Este derecho se entenderá que ha cesado tan pronto como cesare en el ejercicio de sus funciones oficiales.

Artículo 16.—Quedan también exentos de los requisitos de examen, aquellos médicos-cirujanos que posean un diploma expedido por el Tribunal Nacional de Médicos Examinadores (National Board of Medical Examiners of the United States of América), pero deberán obtener su licencia y pagar los derechos correspondientes, según el artículo 12.

Artículo 17.—El Tribunal no expedirá uinguna licencia provisional autorizando la práctica de la medicina y cirugía en Puerto Rico, excepto las especiales mencionadas en los artículos 14 y15; *Disponiéndose,* que todo médico-cirujano que desearé ingresar como médico interno en cualquier hospital o Clínica en Puerto Rico, antes de haber revalidado

su título ante el Tribunal de Médicos Examinadores, deberá presentar al Tribunal todas las credenciales exigidas por esta Ley para ser admitido a examen y proveerse de una licencia especial a tal efecto, que le será expedida por tres meses después de aprobadas sus credenciales por este Tribunal.

La omisión de este requisito constituirá práctica ilegal de la medicina en Puerto Rico.

Artículo 18.—El Tribunal Examinador de Médicos, estará autorizado para establecer, mediante las condiciones y requisitos que juzgue necesarios, relaciones de reciprocidad de dispensa de examen, directamente con los "Estados Unidos de América", o de cualquier otro país, cuyos Tribunales exijan el más alto grado de educación profesional; *Disponiéndose*, que el Tribunal Examinador de Médicos podrá conceder a los médicos que sean ciudadanos de otros países los mismos privilegios y derechos que esos países concedan a los médicos de los Estados Unidos y de Puerto Rico. En el caso de revocación de licencias por el Estado de New York, u otro Estados con el cual el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, tenga convenio de reciprocidad, o por el "National Board of Medical Examiners" de los Estados Unidos, —*ipso facto*—quedará revocada también la licencia que haya sido extendida por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico al mismo interesado.

Artículo 19.—Toda persona que obtuviere un certificado del Tribunal, deberá, dentro de los treinta días de la fecha de expedido el mismo, hacer que se tome razón de dicho certificado en el Departamento de Sanidad de Puerto Rico, donde se llevará un registro al efecto, según lo dispone la vigente "Ley de Sanidad".

Artículo 20.—Para el ejercicio de la profesión de partera o comadrona en la Isla de Puerto Rico, se requerirá de las que soliciten la licencia correspondiente, que deberán llenar a satisfacción del Tribunal, los requisitos señalados a continuación: Ser mayor de edad, poseer buena salud, buena conducta moral y mente sana, presentar un diploma de octavo grado de las escuelas públicas de Puerto Rico, o de una escuela privada y reconocida por el Departamento de Instrucción de esta Isla; *Disponiéndose,* que todas aquellas personas que hubieren nacido hasta 1887 estarán exentas del requisito de poseer un diploma de octavo grado. La identificación de tales solicitantes, se hará mediante declaración jurada por las mismas, y de cualesquiera otras pruebas que el Tribunal Examinador exigiere. Se exigirá a toda solicitante que presente una licencia de enfermera graduada, y un diploma de comadrona obtenido por estudios teóricos prácticos de nos menos de un año de duración, con una sistencia, bajo dirección facultativa, de no menos de un año de duración, con una asistencia, bajo dirección facultativa, de un número no menor de cincuenta partos, llevados a cabo, dichos estudios y asistencia, en alguno de los hospitales o clínicas que estén debidamente reconocidos por el Tribunal Examinador de Médicos. Aceptadas las solicitantes, deberán pasar un examen teórico, de obstetricia, ginecología, pediatría, y un examen práctico de clínica obstétrica. Ambos exámenes se llevarán a cabo de conformidad con las reglas y reglamentos que dicte el el Tribunal. Aprobados los exámenes, el Tribunal expedirá a cada interesada una licencia autorizándola para ejercer la profesión de comadrona en la Isla de Puerto Rico; *Disponiéndose,* que tal licencia sólo autorizará la asistencia de

partes normales, siendo obligatorio para su poseedora requerir el auxilio de un médico en todos los casos de partos distósicos y no pudiendo emplear nunca, sin orden por escrito de un médico, el extracto pitnitario o cualquiera otra droga ocitósica.

Seu autoriza al Departamento de Sanidad para expedir, cuando lo crea conveniente, certificado de ayudantes de comadronas; para fijar las facultades y deberes de las mismas, y para dar y fijar la instrucción a ese efecto crrespondiente, sin la cual no podrá expedirse tal certificado.

Artículo 21.—Toda persona que desee ejercer la profesión de practicante en Puerto Rico deberá, al solicitar la licencia correspondiente, además de someter al Tribunal, las prnebas de su idenrificación personal, y los diplomas o certificados que posea, llenar los impresos que le sean suministrados por el Secretario del Tribunal y demostrar que es mayor de edad, que goza de buena salud y reputación moral. Presentará, además, un certificado acreditativo de haber cursado y aprobado las materias exigidas en los dos primeros años de estudios de instrucción secundaria. Deberá poseer y presentar, asimismo, un diploma obtenido mediante tres años de estudios teóricos y prácticos en uno o varios hospitales, reconocidos por dicho Tribunal, como competentes para impartir la necesaria instrucción. Deberán además, tomar y aprobar examen elemental ante dicho Tribunal, de las siguientes materias: física, química, anatomía y fisiología humanas, bacteriología, terapéutica, materia farmacéutica, toxicología, patología médica y quirúrgica higiene pública y privada, asepsia y antisepsia. Pasarán además un examen práctico sobre aplicaciones de apósitos y vendajes, curaciones y cuidado de pacientes. Ambos exámenes, el teórico y el práctico, se efectuarán de acuerdo con las reglas y reglamentos que dicte el Tribunal. Aprobados estos exámenes, el Tribunal expedirá al interesado una licencia autorizándolo para ejercer libremente la profesión de practicante en la Isla de Puerto Rico: *Disponiéndose*, que nada de lo contenido en este artículo referente a reqnisitos para ser admitido a examen, afectará a los que con anterioridad a la aprobación de la Ley 30 de julio de 1923, sufrieron su examen y así como a aquellos que aún conservan sus solicitudes en el archivo del Tribunal Examinador de Médicos: *Disponiéndose, además,* que los que poseen licencias de practicantes, ejercerán su profesión tan sólo dentro de los límites que los estudios aprobados para adquirir la misma determinan, y aplicarán sus conocimientos únicamente en casos de cirugía menor, y en aquellos casos en que actúen, bajo la dirección y supervisión de un médico cirujano; *Disponiéndose, también*, que la infracción de las anteriores disposiciones, excepto cuando se trate de primeros auxilios en casos de envenenamientos, hemorragias graves, quemaduras, heridas graves, facturas y cualquier otro estado de urgencia, será considerado como práctica ilegal de la medicina, sujeto a la penalidad que marca el artículo 9 de esta Ley y a las disciplinarias que señala el artículo 14 de la misma.

Artículo 22.—De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley original del año 1903, los archivos pertenecientes a la extinta Sub-delegación de Medicina quedan en poder del Tribunal, así como los del actual Tribunal Examinador de Médicos.

Artículo 23.—El Tribunal Examinador de Médicos, o el secretario del mis-

mo. por su propia iniciativa, o a virtud de queja o denuncia debidamente fundada, de cualquier persona natural o jurídica, podrá en cualquier momento investigar la identidad de cualquier persona que pretenda ser, o se anunciare o haga pasar como médico cirujano, osteópata, practicante, o comadrona, licenciado o no, por el Tribunal y después de notificar por escrito al interesado, tendrá poder para exigirle que presente pruebas razonables y a satisfacción del Tribunal de que posee una licencia legalmente obtenida para practicar su profesión en la Isla de Pto. Rico y de que es en realidad la persona a quien originalmente se expidió dicha licencia. Si de la investigación resultare que el denunciado no tiene licencia para practicar, o no le pertenece legítimamente la que posee, ésta será anulada por el Tribunal y, además, en cualquiera de los dos casos traspasará el expediente al Attorney General de Puerto Rico para la debida persecución de los infractores ante los Tribunales del país; *Disponiéndose,* que el Tribunal Examinador de Médicos tendrá poder para retirar y anular, temporal o definitivamente, la licencia que poseyere cualquier médico-cirujano, osteópata, practicante o comadrona, que fuere convicto ante este Tribunal de haber incurrido en fraude o engaños cometido durante el ejercicio de la profesión; de haber cometido delito grave (*felony*); de ser alcohólico consuetudinario adicto al uso de drogas narcóticas; de practicar o ayudar a efectuar, de cualquier manera, método o forma, un aborto criminal en una mujer; de excederse en las atribuciones profesionales que le señala esta Ley; de mala práctica en el ejercicio de su profesión, es decir: de incompetencia burda y manifiesta, con perjuicio de tercero; de conducta inmoral y deshonrosa; *Disponiéndose, asimismo,* que el procedimiento a seguir para la anulación o suspensión temporal de una licencia será incoado por uno de los miembros del Tribunal designado por el Presidente, asesorado por el Attorney General de Puerto Rico, a virtud de querella presentada por cualquiera de los miembros del Tribunal o declaración jurada presentada por cualquier ciudadano. La querella o declaración deberá en todo caso aducir hechos que *prima facie* constituyan causa probable. El querellado tendrá para su defensa ante el Tribunal Examinador de Médicos todos los derechos concedidos a personas acusadas de delito, con excepción del juicio o investigación por jurado; *Disponiéndose; igualmente,* que en todos los casos de anulación o suspensión de licencias el fallo del Tribunal Examinador de Médicos será comunicado a las autoridades fiscales y policíacas de la Isla para que exijan su debido cumplimiento; pero en los casos a los que se refiere el *Disponiéndose* inmediato anterior, y siempre que el fallo fuere la anulación o suspensión de licencia por más de un año, dicho fallo no será firme ni comunicado a las autoridades fiscales y policíacas, mientras una corte de distrito no lo haya revisado y juzgado el caso; y la persona interesada podrá apelar ante dicha corte dentro del términos de 30 días.

Artículo 24.—Toda persona que ejerciere cualquiera de las profesiones auxiliares de la medicina y cirugía en Puerto Rico sin licencia legal para ello, incurrirá en las mismas penas que determina el artículo 9 de esta Ley.

Artículo 25.—Toda ley o parte de la misma que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Artículo 26.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

Hospital de la Central Aguirre.

El 5 de junio tuvo lugar la inauguración oficial del nuevo hospital de la Central Aguirre. Por atenta invitación suscrita por el Vice-Presidente de dicha corporación Mr. W. Bancroft, a la Asociación Médica de Puerto Rico asistimos a dicho acto.

El médico de la Central Aguirre y director de este hospital es nuestro amigo el Dr. Navas Torres.

El hospital, aunque pequeño, está dotado de todos los adelantos modernos incluyendo un laboratorio y una sala de autopsias. Tiene una unidad de cirugía y rayos X completo.

Después de la inauguración del hospital fuimos obsequiados con una espléndida comida.

Entre los invitados a dicho acto se encontraban presentes el Hon. Comisionado de Sanidad, Dr. Fernós Isern, el Presidente Interino de la Asociación Médica, Dr. Ramón J. Sifre, el Dr. Montalvo Guenard de Ponce, Dr. E. Fernández García, el Secretario de la Asociación Médica, Dr. Costa Mandry, el Patólogo de la Escuela de Medicina Tropical, Dr. Koppish, y el señor Llompart.

Durante el banquete actuó de director de brindis el Dr. Navas Torres e hicieron uso de la palabra los Doctores Fernós, Sifre, Fernández García, Koppish, Montalvo Guenard, el Sr. Llompart, el Administrador de la Central Aguirre, Mr. E. F. Sinz, y cerró el acto el Vice Presidente de dicha corporación Mr. Bancroft.

La Asociación Médica de Puerto Rico felicita sinceramente a la Central Aguirre por su interés en la salud de los empleados que trabajan bajo sus órdenes y por haber nombrado médico de su corporación a un compañero tan distinguido y de tanto relieve en la Asociación Médica como el Dr. Navas Torres.

Reunión de la Interstate Post-Gradnate Medical Association of North America.

La reunión internacional de esta Asociación tendrá lugar en Milwaukee, del 19 al 23 de octubre de 1931.

La lista de trabajos que serán presentados en dicho congreso son en extremo interesantes cada cual dado por un profesor notable en la materia.

Entre las materias que serán discutidas en dicho congreso tenemos las siguientes:

Cirugía, Ortopedia, Medicina General, Urología, Neurología y Psiquiatría, Oftalmología, Dermatología, Radiología, Obstetricia y Ginecología.

Asociación Médica Dominicana.

Hemos tenido notificación de la Asociación Médica Dominicana de haber elegido nueva directiva para el próximo año. La nueva directiva desea mantenerse en las más cordiales relaciones con la directiva y miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

La directiva de la Asociación Médica Dominicana quedó compuesta como sigue:

Presidente, Dr. Luis E. Aybar Jiménez; 1er. Vice Presidente, Dr. Heriberto Valdés; 2do. Vice-Presidente, Dr. Manuel E. Perdomo; 3er. Vice Presidente, Dr. Antonio E. Elmúdesi; Secretario de Ac-

tas, Dr. Miguel A. Hernández; Secretario de Correspondencia, Dr. Alcides García; Tesorero, Dr. Parmenio Troncoso de la C.; 1er. Vocal, Dr. Gilberto Gómez; 2do. Vocal, Dr. Juan I. Núñez, hijo; 3er. Vocal, Dr. Silvestre Aybar y Núñez; 4to. Vocal, Dr. José J. Nadal.

Doctores Díaz García y Font Jiménez.

Tras breve estadía en Estados Unidos donde asistieron a la asamblea anual de la Asociación Médica Americana, regresaron a su país estos dos compañeros.

Cursos Post-Graduados en Berlín.

Cursos post-graduados en el idioma de inglés serán dados dentro de poco por la facultad médica de la Universidad de Berlín. Es la intención empezar estos cursos dentro de poco tiempo y todos aquellos que estén interesados deben dirigirse a Miss Anny Engel quien por muchos años fué secretaria de la Asociación Médica de Viena.

Las aplicaciones para estos cursos deben contener la siguiente información:

1—Nombre y dirección.

2—Probable fecha de arribo en Berlín.

3—Detalles del curso que desea tomar.

Todas las aplicaciones deben dirigirse a la Srta. Anny Engel.

Viena1, Bosendorferstrade 6, Austria.

Dr. Eurípides Silva.

El domingo, 5 de julio, 1931, hubo una pequeña fiesta en casa de nuestro querido amigo el Dr. Eurípides Silva, en celebración del advenimiento de su primer heredero.

En dicho acto estuvieron presentes el Hon. Comisionado de Sanidad, Dr. Fernós Isern, el Hon. Sub-Comisionado de Sanidad, Dr. Ramón J. Sifre, el Dr. de Juan, el Dr. Martínez Rivera, el Dr. Costa Mandry, y otros muchos amigos de los esposos Silva.

Dr. A. de Juan.

El Hon. Comisionado de Sanidad acaba de ascender al puesto de Jefe del Negociao de Enfermedades Transmisibles al Dr. Abel de Juan. El Dr. de Juan fué durante más de ocho años Jefe Auxiliar de dicho negociado y por lo tanto se merecía este ascenso.

La Asociación Médica de Puerto Rico al felicitar al Dr. de Juan por este ascenso felicita al Comisionado de Sanidad por la elección hecha.

Dadas las múltiples simpatías de que goza el Dr. de Juan entre la clase médica de Puerto Rico estamos seguros que ésta habrá de cooperar con él en su nuevo cargo.

REVISTA DE REVISTAS

BURKE-GAFFNEY, H. I. O'D—"The Clinical value of the combined Kahn and Wassermann tests in the tropics, with special reference to yaws and syphilis"—The Jour of Hygiene.—Vol. 31:215—April 1931.

El suero de 500 personas nativas del Africa Oriental se usó para un estudio comparativo entre la reacción de Kahn y la reacción Wassermann. Para la prueba de Kahn el autor siguió estrictamente las instrucciones dadas por su originador en "Routine Diagnostic Test" (1928) y en el Wassermann se ciñó al método recomendado por el "Medical Research Committee." En la interpretación de los resultados se siguieron las resoluciones adoptadas por la "League of Nations' Conference on the Serodiagnosis of Syphilis."

Ambas reacciones coincidieron en 96.4 por ciento de los casos. La prueba de Kahn fué más delicada para buba ("yaws") y para sífilis. Los reactivos usados para el Kahn no se deterioraron en dos meses a la temperatura del cuarto. Sugiere el autor, que aunque es preferible el uso de ambas reacciones, se puede depender del Kahn como un método eficaz de diagnóstico en los trópicos.—**R. M. S.**

ALDRICH, ANDERSON C.—"Treatment of the acute cerebral complication of "Nephritis" —Am. Jour. of Dis. of Child.—Vol. 41: 1265—June 1931.

El autor presenta los records clínicos de 28 pacientes que desarrollaron síntomas cerebrales durante el curso de una nefritis hemorrágica y ofrece la siguiente hipótesis para explicar los trastornos cerebrales provocados por una intoxicación que es probablemente la causa de la nefritis. Los tejidos, incluyendo los tejidos del cerebro absorven agua y se edematizan. El agua permanece en los tejidos en una combinación química. La edema cerebral produce un aumento de la presión intracraneana, un aumento de la presión sanguínea y síntomas clínicos. Los tejidos adquieren mayor afinidad por el agua resultando ésto en oliguria y en edema subcutánea. Cuando se administran grandes cantidades de líquidos, se provee un medio para diluir las toxinas y facilitar su eliminación por los riñones. Paradójicamente, la administración de agua puede reducir la edema. En este proceso cuando se disminuye la edema cerebral, la presión intracraneana y la presión de la sangre disminuyen también y mejoran los síntomas cerebrales. La diuresis ocurre entonces, porque hay más agua disponible para la excretación.

En presencia del coma, la inyección intravenosa de sales dehidratantes como el sulfato de magnesia, contrae los tejidos cerebrales y mejora rápidamente los síntomas haciendo posible la administración de líquidos por la boca y entonces se recomienda también el sulfato de Magnesia en dosis grandes en la seguridad de que se acorta la convalecencia y de que no produce diarreas en pacientes edematizados.

R. M. S.

BAKER, B. M.: Fiebre Ondulante presentando el Síndroma Clinico de Hydroarthrosis Intermitente.—Arch. of Inter. Med. 44 (1): 128.

El autor informa un caso de Brucelliasis en que el sintoma predominante era una poli-artritis intermitente. Los síntomas desaparecieron totalmente a la aplicación de la vacuna melitococo. El concluye que la hydroarthrosis es parte del cuadro clínico de la infección causado por Br. melitensis que fué cultivado de la sangre y de la orina del paciente y sugiere que infecciones por organismos del grupo de las Brucella pueden ser causa de este síndroma clínico.—**P. M. O.**

CORT, W.; SHAPIRO, L. y Stoll, N. R.:— Estudios de Reinfección después del Tratamiento en Casos de Uncinariasis y Ascariosis.—Am. Jour. Hyg. 10 (3): 614.

Los autores estudian la reinfección por uncinariasis en dos villas de Panamá. En una se usó tratamiento solamente y en la otra tratamiento y saneamiento. Quedó demostrado que el grupo con mejor saneamiento tuvo menos reinfección. Los casos de ascariosis se infectaron rápidamente durante la estación lluviosa

y en algunos casos los contajes demostraron que la infección era igual o mayor que antes del tratamiento.—**P. M. O.**

HERTIG, M. y HUONG, T. F.:—Estudio de las Ratas y sus Pulgas.—Am. Jour. Hyg. 10(2):521

6,286 ratas fueron examinadas en Pekin durante un año. Xenosphila cheopis (98%) y Cerathophyllus anisus (2%) fueron las únicas pulgas encontradas en las ratas. El promedio de Xenosphila por rata fué de 1|33 por todo el año con un máximo de 3.10 en Agosto y un mínimo de 0.30 en Febrero.—**P. M. O.**

BISHOP, L. F. y BISHOP, L. F. Jr.:—Un Estudio de la Amebiasis en la Ciudad de Nueva York.—Am. Jour. Trop. Med. 9 (5): 297.

Se publica un interesante resumen de los casos de disentería amebiana estudiados en el Hospital de Bellevue. Los autores opinan que la frecuencia con que ocurren casos de amebiasis en Nueva York es mucho mayor de lo que comunmente se cree. No llegan a ninguna conclusión en cuanto a la epidemiología de los casos endémicos pero sugieren que los portadores de la Endamoeba histolítica pueden ser un factor importante en la propagación de los mismos.—**P. M. O.**

La Constitución Biológica como Factor en la Patología y Terapéutica de la Sífilis —MARIO E. MASSO.—La Semana Médica. Buenos Aires, agosto 21, 1930.

1—La espiroqueta de Schaudin es una unidad biológica. Sus reacciones son distintas de acuerdo con las diferentes idiosincracias individuales.

2—Bacteriológicamente este organismo puede ser dermo-órgano-trópico, neuro trópico y órgano-trópico constitucional.

3.—La lucha contra el treponema es principalmente biológica. La resistencia del organismo al arsénico, bismuto y mercurio la podemos explicar desde el campo constitucional.

4—Sin las defensas orgánicas la ayuda de los distintos agentes químicos resultaría nula.

5—En el porvenir el método lógico en el tratamiento de la sífilis será combinando la bioterapia con la quimioterapia.—**E. G. C.**

Las Causas del Riñón Poliquístico; Hernández, Danicanovich y Annane; La Semana Médica; Nov. 6, 1930.

Los autores presentan un largo y bien documentado estudio clínico patológico tratando de llegar a determinar la causa del riñón poliquístico. La teoría más aceptada a la cual llegan en sus conclusiones es que la mayoría de estos casos son determinados por defectos congénitos en el tejido renal. Leuman presenta las observaciones de haber encontrado en casos de riñón poliquístico otros defectos congénitos tales como hipospadias, encéfalo celes, etc. El tratamiento será siempre la nefrectomía.—**E. G. C.**

Prostatismo y la Próstata A. Orafucio, Naples; Uro. and Cut. Review; May 1931, XXXV, No. 5; 302.

El autor hace un excelente estudio clínico patológico del prostatismo en sus varias manifestaciones clínicas. Se extiende en excelentes consideraciones sobre la hipertrofia simple, o adenoma y las degeneraciones malignas de la hipertrofia prostática y concluye (1) que en la hipertrofia prostática las glándulas que participan en el crecimiento adenomático o adenofibromatoso son las glándulas peri uretales;

2—Que la próstata propia no participa ni tiene nada que ver con el adenoma, por el contrario sufre un proceso de atrofia y desplazamiento periférico que la llevan a una atrofia progresiva;

3—Que la próstata propia aún después de la extirpación de la neo formación adenomatosa puede, aunque excepcionalmente sufrir cambios degenerativos epiteliomatosos.

El Edema en los Sifilíticos con referencia a su origen cardiaco y renal. Herrmann, G., Am. J. of Syphilis, St. Louis, 1931, XV, 19.

Anasarca se observa frecuentemente en casos de sífilis del riñón y del corazón. Los riñones pueden afectarse durante cualesquier período de la infección. En los estados primario y secundario de la infección se observan síntomas de irritación renal en un 8% de los casos con nefritis agudas en un 3½%, siendo esta del tipo

tubular. Los tipos crónicos pueden ser subsiguientes a cualesquier tipo agudo de nefritis sifilítica. La nefritis aguda luética produce edema masiva generalizada. Su respuesta favorable franca a los arsenicales justifica el uso del neosalvasán en dosis pequeñas de 0.10 gm. a 0.20 gm. El prognóstico de las nefritis sifilíticas es mejor que de los otros tipos no específicos. El autor presenta en detalle tres casos tipos: nefritis sifilítica aguda con edema; nefritis sifilítica subaguda con edema (nefrosis lipoidea); y nefritis sifilítica crónica con miocarditis y edemas.

En un estudio gráfico de 5 años desde 1925 al 29 inclusive se dan las cifras de sífilis y gonorrea en determinado sector del estado. Sífilis 88,194. gono.. 189.300. comparadas con sarampión 163,376. neumonias 67.930. tuberculosis 41,790.—**E. G. C.**

Rotura del Bazo en la Terapia Malárica de la Sífilis; Palayer y Lederer; J. Am. Med. Ass.. Chicago, 1931, XCVI, 1127.

La rotura del bazo en la terapia malárica de la sífilis es mucho más frecuente que en la malaria adquirida en la cual es muy rara. Citan 10 casos ocurridos. En malaria, aunque el bazo se agranda su cápsula cede fácilmente lo cual no ocurre en los casos de sífilis donde existe siempre una fibrosis de la cápsula y se está reduciendo grandemente la clasticidad con mayores probabilidades de rotura. Aconsejan usar la terapia malárica solamente en casos donde existe un estado general bueno con una vitalidad satisfactoria y recomiendan el método subcutáneo mejor que el intravenoso.—**E. G. C.**

Conferencia Serológica Scoseria. Bol. del Cons. Na . de Heg., Montevideo, 1931, XXV, 129.

Durante los días del 15 al 25 de septiembre 1930 se celebró en Montevideo una conferencia serológica similar a la efectuada en Copenhagen en 1928. Patronizado por la Liga de las Naciones fué presidida por el Profesor Jadassohn acudiendo a ella los más eminentes serólogos de Europa, Norte y Sud-Américas. Se analizaron 12,000 sangres y 2,400 líquidos cerebro espinales. La procedencia de los sueros era desconocida por los serólogos, éstos no sabían si el material examinado procedía de un sifilítico o de una persona no sifilítica. En las pruebas las reacciones de floculación resultaron superiores a la Bordet Wassermann. Los Profesores Kahn y Miller presentaron modificaciones a sus reacciones las cuales no han sido publicadas todavía.—**E. G. C.**

El Metabolismo Basal en las dermatosis.—L. Solla Casaldemey—Actas Dermo-Sifiliográficas noviembre 1930—Madrid.

El metabolismo basal constituye con la perfecta y exacta determinación de su valor, un coeficiente útil para el estudio de las dermatosis en cuanto se refiere a la disfunción endocrina conomitante. En muchos casos puede inducirnos a una concepción patogénica y nos puede dar la conducta terapéutica a seguir en un gran número de dermatosis. El metabolismo basal alterado en un paciente afectado por una dermatosis tiene una influencia tan considerable que se debe siempre pensar y modificar el terreno para obtener resultados terapéuticos.—**E. G. C.**

Deficiencia de la Lucha Antivenérea en Buenos Aires—José L. Carrera, Prensa Médica, Argentina, Nov. 30, 1930.

El autor, recogiendo datos de sus servicios clínicos concluye que la lucha antivenérea es ineficaz en Buenos Aires y hace tristes comentarios del completo abandono en que se encuentra la la vigilancia sanitaria de la prostitución. Es evidente dice, que el sistema abolicionista es el moral y el justo por todos conceptos, pero bajo el punto de vista sanitario, la abolición sin una reforma de la legislación constituye un gran peligro. El autor hace un buen estudio de todas las medidas legislativas y sanitarias contra las enfermedades venéreas en los distintos países y elige de ellas aquellos principios que serían más útiles para construir una eficaz legislación antivenérea en Buenos Aires.

NOTA:—Algo parecido nos ocurre en Puerto Rico. Abolida la reglamentación sin legislación alguna ni reglamentación sanitaria que mencione las enfermedades venéreas, éstas están haciendo verdadero estrago en nuestra población mutilando física, intelectual y moralmente al país.—**E. G. C.**

OSCODAL

TABLETAS AZUCARADAS

Conteniendo íntegramente las

VITAMINAS DEL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

OSCODAL elimina por completo la repugnancia creada por el mal sabor y olor del aceite de hígado de bacalao.

OSCODAL tabletas están bien protegidas contra la oxidación de las vitaminas por una capita azucarada que sirve para dar sabor agradable.

OSCODAL representa la terapéutica del aceite de hígado de bacalao en una forma muy conveniente al médico y de gran agrado para sus pacientes.

OSCODAL se puede tomar en todas las épocas del año.

OSCODAL está indicado en la profilaxia, tratamiento del Raquitismo, Anemia, Tuberculosis, Debilidad Física y Desgaste en general.

OSCODAL se vende en todas las farmacias en frsacos de 42 y de 100 tabletas.

OSCODAL ha sido aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana y está incluído en la lista de Medicamentos Nuevos No-Oficinales ("New and Non-Official Remedies").

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

122 Hudson St., New York, N. Y.

Representante en Puerto Rico:

FR. SCHOMBURG, — Box 433 — 80 Luna St. — San Juan, P. R.



Alivio Inmediato en la Congestión Nasal

Ensáyela GRATIS

. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestésico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers EPHEDRINE Inhalant, No. 66

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.

RESERVADO PARA PRESCRIPCION MEDICA



Una preparación de hierro orgánico especialmente eficaz en la ferroterapia.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28 %
Manganeso Elemental	0.066 %
Acido Arsenioso	0.0007%
Maltina	30.00 %
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00 %
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00 %
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00 %

LOS resultados altamente satisfactorios obtenidos con el Neoferrum en el tratamiento de las anemias, clorosis y condiciones similares, lo han clasificado como una preparación ideal en la ferroterapia. Restaura el vigor, el apetito y el color de una manera rápida y satisfactoria.

El Neoferrum ofrece al médico una activa preparación ferruginosa que produce una rápida regeneración sanguínea. Suministra hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos,—un hierro orgánico, que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso es especialmente eficaz como estimulante eritrocítico.

En muchas localidades el Neoferrum ha sido de inestimable valor para los médicos en el tratamiento de las anemias, clorosis y deficiencias sanguíneas en general, inclusive en los casos de desnutrición y adinamia.

El Neoferrum es de reacción neutra, no es astringente, es fácilmente asimilable, fortifica los organismos contra infecciones y tiende a corregir la acidosis. No mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se vende por receta médica solamente. Gustosamente enviaremos a solicitud informes clínicos específicos y muestras profesionales. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

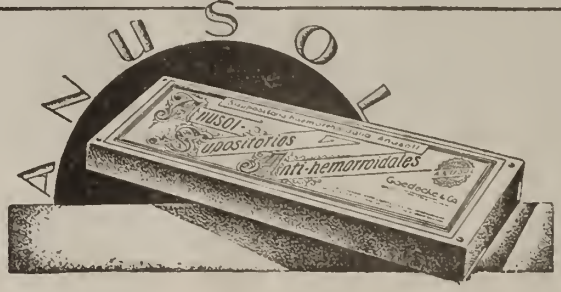
DAVILA y VALLDEJULI NA
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

Antes y después de la operación



Antes de la operación—cuando se considere inevitable en ciertos casos de hemorroides—los

Supositorios Anti-Hemorroidales

ANUSOL

ayudan a reducir la inflamación, calmar el dolor y detener la hemorragia.

Después de la operación, los supositorios Anusol—además de sus propiedades astringentes y emolientes—ejercen una acción antiséptica calmante y ayudan a acelerar la cicatrización.

Ponga a prueba las ventajas de los supositorios Anusol. Gustosamente se le remitirán muestras.

SCHERING & GLATZ, Inc.
Bloomfield, N. J., U. S. A.

Indigestión.....
o buena asimilación

A ESTO se reduce muchas veces el problema entre el empleo del aceite de hígado de bacalao, o de una perfecta emulsión.

Porque en muchos de los casos, los individuos que necesitan este valioso aceite, dificilmente pueden digerirlo en su forma natural. Mientras que en la Emulsión de Scott el más puro aceite perfectamente refinado, se ofrece al organismo en forma relativamente fácil de digerirse y absorberse.



Barco pesquero típico Noruego, dedicado a la pesca del bacalao en las aguas de Balstad, Islas Lofoten, y sus cercanías

Para corregir ciertas fases de deficiencia en el metabolismo y abastecerle de valiosas vitaminas, nuestro producto merece su completa confianza.



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.

DURANTE LOS MESES DE VERANO



Los Médicos Especialistas de Niños por todas partes del mundo previenen las

D I A R R E A S

crónicas, fermentativas, infecciosas al prescribir

DRYCO

(LA LECHE SEGURA)

"Según todas las apariencias la "Diarrea de Verano" es, en la mayoría de os casos, ocasionada por un microbio distinto, y el portador de la infección es comúnmente la leche de vaca".

Supplement No. 31, U. S. Public Health Reports.

DRYCO—exento de todo microbio es absolutamente seguro para sus pacientes jóvenes durante los meses de verano.

Muestras y folletos gratis a los señores Médicos que los soliciten de

Fr. SCHOMBURG, — Box 433 — 80 Luna St. — San Juan, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endocrino de Cole No. 13.

(Compuesto de ovarios y mamarias)

Substancia mamaria,	3 grs.
Substancia del ovario,	1 gr.
Substancia tiroidea,	1/10 gr.
Fosfato de calcio,	q. s.

Indicaciones: menorragia, menstruaciones muy frecuentes, prolongadas o profusas.

NOTA: Esta fórmula actúa como un regulador del ovario, venciendo su excesiva actividad.

Compuesto Endocrino de Cole No. 4.

(Compuesto ovárico)

Substancia ovárica,	3 grs.
Substancia pituitaria,	1/8 gr.
Substancia tiroidea,	1 gr.
Compuesto mineralizante de Cole No. 12,	2 grs.

Indicaciones: Se usa en irregularidades en la pubertud y época de cambio de vida, deficiencia ovárica, trastornos menstruales, mala nutrición acompañada de desarrollo físico pobre en niñas jóvenes.

DOSIS: Una cápsula cuatro veces al día después de las comidas y a la hora de acostarse.

COLE CHEMICAL COMPANY

ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: LUIS F. BALAGUER.

Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

METATONE

El Tónico
con
Vitamina
"B"

LOS resultados clínicos del Metatone son indisputables. Su contenido de vitamina B estimula el apetito; la nucleína presente ayuda la fagocitosis, y la estricnina y los minerales necesarios que contiene refuerzan el efecto tónico general.

El Metatone tiene buen sabor; los pacientes lo toman con agrado.

Se ofrece en frascos de 12 onzas (360 cc.). Dosis: de 4 a 8 cc., t. i. d.

PARKE, DAVIS
& COMPAÑÍA
Detroit & New York
E. U. A.



Pruebe
el Metatone

Un agente de valor en la tosferina y sarampión.

Las ventajas del medicamento endérmico para mejjorar la congestión, el dolor y los paroxismos son factibles en el uso del

emplasto **Numotizine**

La fórmula de este emplasto está científicamente equilibrada y combina los efectos anelgésicos y antipiréticos.

De gran valor en el tratamiento de torceduras, golpes u otros traumatismos externos.

A solicitud le enviaremos muestros y literatura.



AMYTAL, LILLY

Hipnótico eficaz no narcótico

AMYTAL COMPUESTO, LILLY

El hipnótico de preferencia cuando el dolor es un factor

AMYTAL SODICO LILLY

Valioso coadyuvante de la anestesia

Estos productos son dignos de su consideración.
Escriba solicitando literatura.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, E. U. A.

DEPT. OF PUBLIC HEALTH

Año XXIII. Número 191.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

AGOSTO, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
11 AUG 1931

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 277

Dr. Luis L. Biamón 278

Non infectious hyperthermias in children 279
Dr. Ramón M. Suárez.

La Doctrina de la Biotipología humana 286
Dr. Luis M. Morales.

La Nueva Ley del Registro Demográfico. 302

Noticias Médico-Sociales 310

Revista de Revistas 312

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

HELMITOL

Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off. and Canada.

CLEARS THE URINE

CYSTITIS -:- PYELITIS -:- PROSTATITIS

IN the extensive literature on Helmitol, it is frequently stated that the previously turbid, alkaline, irritating and offensive urine speedily becomes normal.

Helmitol — methenamine anhydromethylene citrate—produces this effect by liberating formaldehyde in sufficient amount to control infection without risk of kidney irritation. Tenesmus and frequent painful voiding are simultaneously relieved.

The lemonade-like taste of Helmitol and its freedom from gastrointestinal disturbance will appeal particularly to patients requiring prolonged urinary disinfection.

DOSE: For adults, 10 to 15 grains, three or four times daily, dissolved in half a glass of water, to which may be added a little sugar, if desired.

Helmitol is supplied in 5 grain tablets, bottles of 25 and 100 tablets; ½ Gram (7-½ grains) tablets, tubes of 20, and powder in 1 ounce bottles.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.

170 VARICK STREET — NEW YORK, N. Y.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A.

91141



Negatoscopios que revelan todos los detalles de la radiografía

No es posible hacer diagnósticos acertados basándose en una radiografía examinada en una luz inapropiada. Estos negatoscopios llevan un sistema de alumbrado producido por una batería científicamente diseñada, regulada por medio de conmutadores separados. Los negatoscopios individuales ofrecen la ventaja de concentrar la luz a la radiografía que se estudia, evitando reflejos extraños y molestos.

Los Negatoscopios Eastman son de suma importancia en el cuarto de estudio. La luz, igual a la del día o la de lámparas costosas de mercurio, proviene de una bombilla Mazda, con un reflector y un cristal opalino. La intensidad y difusión de esta luz permiten descubrir claramente los detalles del negativo.

Las radiografías se sujetan por medio de *una varilla de tensión ajustable*. Merced a esta nueva mejora el negativo se coloca en menos tiempo y con más facilidad.

Véase en las casas del ramo
el Negatoscopio Eastman (vertical) de 36 x 43 cm.

EASTMAN KODAK COMPANY
ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

UN AUXILIAR MODERNO DE LA MEDICINA PREVENTIVA.

Los médicos conocen el valor del **Kellogg All Bran** en los casos de estreñimiento, y lo aprecian desde el punto de vista de un agente preventivo en su acción.

El **All Bran** suple de una manera generosa, volumen o bulto en el alimento y en esta forma estimula los movimientos peristálticos normales de los intestinos.

Y por esta razón el **Kellogg All Bran** se recomienda más y más todos los días.

A los pacientes les agrada el **Kellogg All Bran** servido con leche helada o crema, con frutas o un poco de miel. Su sabor a nueces es agradable y forma una combinación palatable. Añadiéndosele a las comidas es una adición deliciosa.

De venta en todos los colmados y pulperías.



Kellogg's
ALL-BRAN

El TRATAMIENTO INTRAVENOSO
de la Gonorrea con Glucosa y

MERCUROCROMO

(*Marca Registrada*)

REDEWILL, POTTER Y GARRISON de la Marina de los E.U. de A. (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dic. de 1929) demostraron en 2053 casos que la glucosa con Mercurocromo intravenosamente en *solución fresca* aumenta la propiedad bactericida del último y reduce su anafilaxia dos terceras partes, mientras mantiene una bacteriostasis sanguínea muy eficaz contra toda clase de infección génito-urinaria y estimula la formación de los anticuerpos específicos. Estos resultados concuerdan con los informes obtenidos de una infinidad de autoridades e investigadores de Europa, Norte y Sud América.

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o **"MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."**



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____



Tambien el médico tiene derecho a dormir de noche

PERO el dolor parece cobrar intensidad durante la noche y de ahí las frecuentes llamadas telefónicas al médico justamente cuando más necesita reposar.

Una o dos tabletas de PERALGA darán alivio y sosiego al paciente y permitirán noches descansadas al médico. Prescríbase de antemano. PERALGA no es narcótico. (*) Puede darse bajo cualquier condición como analgésico de efecto rápido, eficaz y duradero.

(*) *Es una combinación de amidopirina y ácido barbitúrico.*

PERALGA

PARA CALMAR EL DOLOR

Solicítense muestras gratis a

SCHERING & GLATZ, INC., 113 W. 18 St. New York City.



Donde Crece la Yerba Más Verde

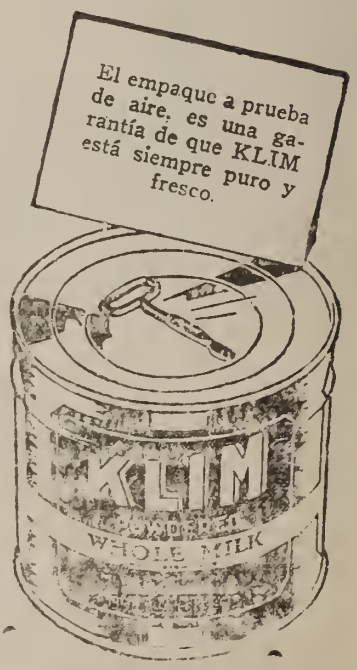
DE dónde recibe usted la leche para su familia, para sus niños?

De fértiles praderas, donde las vitaminas y otros elementos saludables en los productos de lechería son más abundantes? De establos donde el ganado está estrictamente examinado y las normas modernas de lechería rígidamente mantenidas? Usted no puede correr riesgos con la leche de sus niños.

Use KLIM y no dude más de la pureza de la leche que usted usa. Porque KLIM es leche fresca, alimenticia, en polvo, producida en los mejores establos del mundo. Rica en sustancias nutritivas—incluyendo todas las vitaminas—está rígidamente inspeccionada para asegurar su pureza.

Agregue agua a KLIM y obtendrá leche fresca, rica en crema, sana y alimenticia para niños y adultos.

Si usted quiere leche pura, alimenticia y uniforme para su niño, use KLIM.



DISTRIBUIDORES:

PLAZA PROVISION COMPANY

SAN JUAN. Puerto Rico.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXIII. AGOSTO, 1931 NUM. 191.

EDITORIAL

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil es uno de los grandes problemas con que se afronta la [illegible] médica de Puerto Rico. Fernós y Rodríguez Pastor y también Figueroa han hecho estudios especiales sobre este tema. Lamentamos no conocer a fondo el trabajo de Figueroa. Si conocemos, por haber sido publicado hace algún tiempo el valiosísimo trabajo de Fernós y Pastor; este último estudio nos facilita una serie de datos y nos da una orientación con respecto al problema de la mortalidad infantil.

Es Puerto Rico una isla pequeña densamente poblada. Los matrimonios ocurren a una edad temprana y la mayoría de las familias son numerosas. Las condiciones sociales son pobres, existe la ilegitimidad en una proporción alta, hay ignorancia por parte de algunos padres de los principios de higiene infantil, pobre higiene personal y aglomeración en las viviendas. Si a esto unimos una escasa e impropia alimentación, tendremos una idea de la magnitud del problema. A nuestro juicio la mortalidad infantil en Puerto Rico es un problema económico-social. Hay que educar a las masas y hay que proveerlas de medios de vida para que puedan alimentar a sus hijos.

Entre las causas de muerte se destaca como principal las enfermedades gastro-intestinales. Indudablemente que bacterias patógenas del tipo de la disentería, las paratifoideas, infecciones por substancias alimenticias y la tuberculosis son causa de un sinnúmero de estos casos que mueren sin un diagnóstico preciso y van a formar parte del gran grupo de diarrea y enteritis. Pero no olvidemos que no es esencial la presencia de bacterias patógenas en estos procesos gastro-intestinales. La membrana mucosa del intestino normal es permeable a las bacterias y sus productos tóxicos especialmente durante la infancia. Uno de los grandes peligros es el uso de leche de contages bacterianos elevados. Aunque los factores envueltos en este proceso son muchos e intricados, ellos dependen de la actividad de microorganismos en el canal intestinal. Freeman ha demostrado en los Estados Unidos que la mortalidad infantil ha declinado usando leche pasteurizada o esterilizada para la alimentación infantil. Fernós ha demostrado en Puerto Rico que la mortalidad infantil puede reducirse alimentando propiamente a los niños. El problema es principalmente uno de alimentación. Eduquemos a esas madres. Trabajemos todo lo posible para que los desheredados de la fortuna, consigan los medios de vida necesarios para alimentar a sus hijos.

P. M. O.

DR. LUIS L. BIAMON

Próximamente embarcará hacia el viejo continente para fijar su residencia en París el Dr. L. Biamón.

La Asociación Médica de Puerto Rico pierde uno de sus elementos más valiosos, un hombre que siempre cooperó por el bien de la colectividad médica, luchador infatigable, amigo y compañero verdadero. No podemos revelarnos contra los designios del destino que así nos arrebata un elemento valioso, nos queda sinembargo el consuelo de que en la ciudad sol será nuestro amigo, nuestro embajador, y le deseamos toda clase de éxitos y triunfos en su nuevo ambiente.

La Asociación Médica de Puerto Rico, el 21 de agosto, dió un "smoker" en honor al Dr. Biamón en el cual hicieron uso de la palabra varios distinguidos compañeros.

A continuación damos algunos datos biográficos de este querido amigo:

Nació en El Pao, Estado Cojedes, Venezuela. Cursó estudios de bachillerato en el Colegio Federal de Guanavé, Estado Portuguesa. Hizo sus estudios médicos en la ilustre Universidad de Caracas siendo preparador de química de la misma; fué externo e interno de los hospitales del Distrito Federal, posición obtenida por oposición. Se graduó de Doctor en medicina el 24 de octubre de 1906. Vino a Puerto Rico en marzo del 1907 revalidando su título. Ocupó el cargo de Oficial de Sanidad de Patillas y de médico de la Comisión de Anemia de la misma población. Interinamente fué Oficial de Sanidad de Arroyo y Maunabo. También fué Oficial de Sanidad de Salinas en el año 1909 fecha en que se trasladó a París a ampliar estudios generales y seguir una especialidad. Cultivó la Obstetricia y Pediatría con Pinard y Bar, Marfan, Nobecourt y Hutinet. Tomó cursos especiales con los preceptores de la Facultad de Medicina de París. Hizo el curso de bacteriología del Instituto Pasteur de 1910 a 1911, con Roux, Metchinkof, Laveran, Marchoux, Levaditti Calmette y otros. Fué interno del Ruptured and Crippled Hospital de Nueva York. Regresó a San Juan a fines del 1911.

Trabajó denodadamente en la primera epidemia de peste bubónica. Ocupó el cargo de Assistant Director del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, división que era dirigida en aquella época por el Dr. González Martínez. Fué miembro de la Asociación Médica y la Academia de Medicina de Puerto Rico, secretario de redacción de los archivos médicos, miembro del Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico donde desplegó sus actividades y entusiasmos por muchos años, socio del Ateneo Puertorriqueño, y finalmente, Tocólogo del Auxilio Mutuo.

NON INFECTIOUS HYPERTHERMIAS IN CHILDREN

RAMON M. SUAREZ

Despite the many studies and investigations carried out since the times of Claude Bernard and Liebig and since the great physiologist Lavoisier (1774-77) presented his arguments, however inaccurate, in favor of the statements that body heat is produced through combustion or oxidation in the lungs.—thermical variations still persist as the constant preoccupation to the physician and the eternal obsession of the patient and his family.

If we consider the so-called chronic febrile or subfebrile conditions, the febriculi of unknown or cryptogenic origin, and the habitual hyperthermias, we inevitably get into an inexplicable chaos, an almost unexplored field in clinical investigations, in spite of the helpful role played by climatology, chemistry and sanitary engineering.

All of the body activities: muscular contractions, blood circulation, glandular activity, tissue oxidation, etc. are accompanied by heat production. All energy supplied by food which is not represented by a mechanical function, finally abandons the body in the form of heat. As is well known, there is an optimum temperature, specially favorable to carry out the various processes of the organism. The temperature of warm-blooded animals is constant and therefore the term "homothermic". The body temperature of cold-blooded animals varies notably in relation with the environment and they are denominated "poikilothermic" animals.

Central or rectal temperature in man, according to Howell (1) is 37.2° C. Morat and Doyonen (2) in their "Traite de Physiologie" admit that this temperature may vary between 36° C. and 38° C. within physiologic limits. In the mouth the average temperature is 36.8° C. and in the periphery it varies considerably, being 30° C. in the palm of the hand and 36.9° C. in the axilla. Besides, it varies within the body in various organs, being from 39° to 40° C. in the liver.

It should be reminded that in other mammals, also homothermic animals the normal (central) temperature is much higher than in man. The dog, for instance, has a central temperature of 39.2° C., the horse 39.2° C., the rabbit 39.5° C., the ox, 39° C. and the cat 38° C. to 39° C. The temperature in birds runs still higher and can normally reach up to 42° C.

The effect of environment, temperature, velocity of the wind, relative humidity, weather changes and the kind of clothing used upon normal and peripheral temperature of man, being well known, we shall not stop to consider these within normal, however, outside these limits it should be stated that the work carried out in the tropics especially by such English investigators as Manson, Rogers, Chalmers, Castellani, Fleming and Haldane, (10) have contributed directly or indirectly towards the success attained by modern engineering in the construction, heating and ventilation of theaters, auditoriums, etc. for better comfort and hygiene of man in all climates. The recent publications of Uichi Miura (7), Houghten,

Teague (8) and others engineers in the American Journal of Hygiene, representing work carried ont in the Research Laboratories of the American Society of Heating and Ventilating Engineers in cooperation with the United States Bnreau of Mines, strongly show that investigations of thermical changes are constantly being carried out in all their aspects by others outside of the medical profession.

We all know that "heat stroke", thermic or heat fever, which Manson has termed "psiriasis" being in doubt that some microbic infection might play a part in its etiology, not only is produced by solan heat but also by artificial heat, when humidity is high and the air is entirely still. In this disease very high fever develops, reaching in many cases np to 43.3°. The skin is intensely hot, the patient gets very thirsty, has headache, pain in the chest and in severe cases suddenly passes from a delirious state to that of coma before death takes place. In "sun-stroke" or "insolation" the clinical picture is entirely different: the skin gets cold, the patient is in shock and collapse and death rapidly set in.

Through careful experiments Haldane has succeeded in determining with exactness the limits of air temperature and humidity which can be borne by man without causing serious physiological disturbances. He also demonstrated that at a temperature of 89 F. (31.6° C), with the air very still, the central temperature rises and that it is possible for a person to work in air currents at a temperature of 87 F.(29.4 C) without any rise in temperature, but that at 89° F. it goes beyond the limit of the heat regulating power and the temperature begins to rise.

Let us now get back to our main subject and recall that the heat regulating mechanism is not as efficient or perhaps not as developed in children as in adults. This explains the greater frequency of febrile disturbances in the former. We do not know the cause, however. Can it be attributed to underdevelopment of the nervous systems such as the "Corpus striatum" or the "optic thalamus"? Or perhaps to some endocrine deficiency of the thyroid gland? In connection with this gland I wish to call attention to the fact that Sattler (3) in a series of 3,177 cases of thyrotoxicosis found only 11 in children below the age of 5. At first sight this might appear to be an argument against the thermic power of the thyroid.

A temperature higher than normal may be caused by an excessive production of heat or by a defficient elimination.

We shall refer in this work to the mechanical thermic elevations, to the congenital hyperthermias, and to elevations of temperature called by Jnnm essential, functional or physiological and denominated by Finklestein as habitual hyperthermia.

We have, therefore, disregarded infectious febriculi: affections of the nasopharynx, entero-colitis, with or without chronic appendicitis, tracheo-bronchial adenopathies, tuberculous or not, latent pyelo-cystitis, glandular fevers and Hodgkin's disease, infectious foci, etc., but shall deal, however, with the hyperthermias of "fatigabilité" as described by Gurmin and Renault.

We are giving the history of three cases as follows:

Case No. 1.—M. M., 7 months, white. Santurce. This baby, according to the mother's history, had pneumonia a month and a half ago. Since then he has remained with fever which runs between

37.5° C. and 38.5° C. rectally, and 36.6 and 38° in the axilla. He is breast-fed; his bowel movements are normal.

Upon physical examination we find a child of normal appearance as to color and nutrition. His pulse and respiration are normal for his age. Throat and ears, negative. Heart and lungs present no abnormalities. Leucocyte count was 7.000 and polymorphonuclears did not reach 50%.

We had to wait a long while before we could examine him as his chest was thickly wrapped up in antiphlogistine and cotton. This improvised corselette was tied around by several turns of ordinary gauze. His clothing consisted of a little cotton-and-silk shirt and a longer flannel shirt. The room remained constantly closed for the mother feared a relapse. Three days after modifying his clothing and doing away with antiphlogistine and letting some fresh air into the room the fever had disappeared.

The heat eliminated by radiation and conduction through the skin reaches 1792 calories in adults. Almost three times as many calories are eliminated in this way than by all other channels combined, and thus this child was being almost totally deprived of this thermo-regulating power. We therefore felt justified in making a diagnosis of mechanical hyperthermia.

Case 2.—G. J., 15 months, white, Mayagüez. A rather fat child, weighing 35 pounds was brought to our office. In all appearance the child is in perfect health, except that since a few weeks after birth, when it was first noticed, he has had a constant rectal temperature of from 38 to 38.5° C., which is only 5 tenths of a degree less in the axilla. A careful anamnesis and a thorough clinical examination led us to believe that the only existing abnormality in this case consisted of a thermical elevation and we made a provisional diagnosis of congenital hyperthermia which we have been able to confirm later.

At that time we had some doubt which up to the present has not been cleared up. I stated that the child weighed 35 pounds and I now add that this was a premature birth, of eight months of intrauterine life. We were struck by the rapid and perfect development of this child. Twenty-two pounds would be the normal weight for a child of his age. Could there probably exist some cerebral lesion which at the same time had affected the pituitary gland, and stimulated the nervous centers which control body temperature? This might be so, but such a possibility would not modify the diagnosis already mentioned as regards the hyperthermia.

We find that G. Troisier (5) reports a case of congenital hyperthermia inherited from the father as a dominant characteristic, in accordance with Mendel's law, and states that even though man, like the horse and the chimpanzee, has a temperature of 37° C., he can abnormally enter into the group of homothermic mammals already mentioned, in which temperature reaches approximately 39° C.

Case 3.—A. F., 7 years, white, Naguabo. Has been suffering from fevers for three months. Rectal temperature is 36.9° C. to 37.2° C. in the mornings and 37.8° C. to 38° C. in the afternoon. Temperature in the axilla has always been normal. The child is pale, has a feeling of tiredness and nervousness in spite of having remained in bed for about one month.

His family history is negative. The parents are educated persons who seem

quite concerned over the child's health. The patient weighed 10 lbs. at birth and was breast-fed exclusively up to 6 months, when cow's milk was added as supplementary diet, and he was totally weaned at the age of $1\frac{1}{2}$ years. At the age of 3 he had otitis media and dysentery-like symptons. He has had measles, whooping cough and chickenpox. He has always had a rather weak constitution. Several blood examinations previously made for malaria were negative. His actual weight is $61\frac{1}{2}$ lbs. Careful physical examinations do not reveal anything abnormal. Nose, throat and ears are normal, as reported by a specialist. His total red blood count was 4.632,000, hemoglobin 75%, leucocytes 8,500 and polymorphonuclears 65%. His urine was found normal after repeated examinations. Blood culture was negative. Feces examination did not reveal any parasites or pathogenic bacteria. X rays showed pulmonary and tracheo-bronchial regions normal, and intradermic tuberculin (Mantoux) tests were also negative.

While under our observation, in bed, we have subjected the patient to a diet low in calories and his rectal temperature has somewhat diminished, rising again when the diet is increased to an adequate diet for his age.

When we were convinced that we were dealing with habitual hyperthermia we established hygienic treatment consisting of light open-air exercises, mainly respiratory ones, a tonic combination of strichnine and iron and administered 5 units of insulin twice daily before lunch and supper.

We shall discuss this case later on as it appears to be of greater interest. We are convinced, however, that it is not a rare clinical condition. We see them quite frequently and would still find a great many more like it were we to search for them among the poorer classes, among the children whose mothers ignore the use of a thermometer and among families of numerous children.

It is usually the only son, the child of an intelligent and nervous mother the one who is brought to our attention. If he has been previously examined by a doctor it is likely that he will come to us with a diagnosis of tracheo-bronchial adenopathy and perhaps suspecting tuberculosis he has been confined to bed for several months without improving his temperature. Otherwise, his family brings him suspecting malaria, and they demand a hematologic examination whising to know at the same time, if a change of residence would not be convenient for the health of the patient.

We now face a difficult problem to solve. To determine whether or not thermic elevation is physiological or pathological is a matter that could only be attained by the most careful and thorough scientific study.

With reference to our case of habitual hyperthermia: Why not make a provisional diagnosis of chronic malaria when we could consider that the patient comes from an infected area? Because the patient does not give a history of acute attacks of malaria and the chronic and larval stages are rarely primary: because the spleen does not show any hypertrophy and repeated blood examination not only do not show the presence of plasmodium but also did not reveal the usual leucocyte picture seen in these cases, which is a leukopenia with mononucleosis.

It was not a case of Malta fever because there are no typical epidemiolo-

gical antecedents and because the thermic curve had an almost rhythmic monotony, characteristic of the habitual hyperthermia and not the ondulant curve with decreasing waves almost pathognomonic of melitensis fever.

We did not deem it necessary to make a basal metabolic test in order to exclude febricula of hyperthyroidism, since the rest in bed and Iodogenol in drop-doses had not influenced his temperature and because thyrotoxicosis seems to be a rare disease in childhood, according to previous data. We were able to exclude also pharyngeal, nasal, dental, renal and pelvic-renal foci, endocarditis, colitis and hepatic diseases through clinical investigation and the aid of laboratory and X ray examinations.

In making a differential diagnosis between tuberculous febriculi and habitual hyperthermias, we feel a tremendous responsibility. We have to resort to our utmost sagacity, suspicion and discretion, more so in Porto Rico, where tuberculosis has invaded all zones, all social levels, races and ages.

In our attempt to exclude the possibility of a tuberculous focus, we have to do so with extreme care, bearing in mind Marañón's words in his interesting monograph on "The Problem of Febriculi" (6), which reads: "And in any case, even if we do not reach an acceptable diagnostic conclusion, we rather prefer to consider the febricula as "undiagnosticable," than venture to give it and adjective burdened with responsibilities, such as "physiologic". Again, we agree with Marañón in his statement: "We have to avoid these two dangers in our therapeutic determination: on one side not to subject the patient to unjustified pains that might result in a disturbance to his social life or that of his relatives and perhaps impress his mind in a grave manner as shall be explained in the following chapter". (In this chapter he refers to the neurotic individuals with obsession or fear of tuberculosis). We can further add that in our cases the obsession of tuberculosis is manifest in the mother and not in the child. "On the other hand,—he goes on —the condition should not be disregarded by the mere fact that it is unknown to us, so that our optimism does not cause us to loose precious time which perhaps might never be made up to later on".

As regards treatment Marañón indicates that it should not be instituted by the physician "unless he has the opportunity to see the patient at frequent intervals" and we can add that a diagnosis of habitual hyperthermia could not be made until not only the patient has been seen at various occasions, but after having had him under careful observation during the necessary period of time.

In the case that we have informed it was relatively simple for us to eliminate a diagnosis of tuberculosis not only because there was no evidence of such a condition, as shown by the X-ray examinations and the three Mantoux reactions, but because there was no hereditary or environmental factors and there was no history of periodical febrile attacks or repeated "grippes". Besides, there was no febrile reaction after excercising and his pulse and respiration are normal. The difference between his morning and afternoon temperature varied between 5 and 8 tenths of a degree and it never exceeded the latter cipher; the thermic curve remained the same for weeks, and, furthermore, we believe that we were dealing with a case of habitual hyperthermia be-

cause it presented in our judgment, the most typical clinical sign, i. e., a thermic rise in the rectal temperature and a normal temperature in the axilla.

In his book on Febricnli, Dr. Marañón attempts to give the impression that the number of habitnal hyperthermias is quite limited as compared with the febricnli of other origin. He has made a stndy of 243 cases in which only 7 childdren under 10 years of age appeared. We are under the impression that this hyperthermia ocurrs during the period of lymphatic hyperplasia, which, according to Pirquet and Shonberger, extends between the ges of 3 and 10, rapidly disappearing afther the latter age. That is, habitual hyperthermia is a condition that appears in childhood. For these reasons we are led to suspect that adult patients constituted the majority of Dr. Marañón's clientele.

Moro, in 1912, was the first one to describe this febrile condition which he termed habitnal hyperthermia, calling attention to the frequent coincidence of such condition with orthostatic albuminuria. It was later studied by Brünecke and by Schoder in Germany; by Araoz Alfaro in the Argentine, by Ricaldoni in Montevideo, by Bezancon in Paris, and more recently by the great German pediatrician Finklestein.

All these authors agree that habitual hyperthermias are produced by a sort of neurosis of the heat-regulating centers in the brain. It always occurs in hypersensitive, neuropathic, vaso-neurotic and neurovegetative types of children. They are nsually found to be pale, anemic, with asthenic habitus, dermographia, and with a great facility to change color, being at times rosy and happy, suddenly falling into a state of depression and tiredness; they usually have a marked tendency to perspiration, headaches and to physical and mental fatigability.

In regard to treatment we have litle to say. It is no longer necessary, as it mas formerly believed, to make the child stay in bed. After solidly establishing the diagnosis, our first aim should be to restore these children to their normal life. The psychic and pedagogic supervision is more important than the medical care. The heat-regulating system should never be overlooked, and those organs which help in heat elimination should be stimulated in some way. We have already spoken of the elimination of heat throngh the skin. The stimulation of this function by means of adequate light exercises in the open air should be carried out. The body loses 84 calories in the exhaled air, and in the water vapor formed by the oxidative process in the lungs, 182 calories are normally eliminated. The practice of deep respiration is therefore a very nseful therapeutic advice.

Peripheral circulation can be improved by the nse of tonics such as strichnine and ephetonin which produce a contraction of the splanchnic area.

Change in climate is always useful because of its marked influence in producing changes in the neurovegetative system, even though this influence of mountainous regions and seashore on the heat regulating system is not always permanent.

As to diet, we believe that proteins should be limited and the nse of salt somewhat restricted. In three of our cases of habitual hyperthermias besides the therapeutic measnres already mentioned we administered small doses of in-

sulin. We believe that insulin was a good therapentic aid in those cases. How did insulin act upon hyperthermia? Through what mechanism did it obtain its effect? Was it perhaps through its helpful influence on the carbodydrate metabolism thus improving the general condition of the patient, or was it perhaps due to some antagonic action between insulin and adrenalin? We merely used insulin in our cases because they appeared to be weak and tired, and somewhat underweight.

In reviewing medical literature we have met with only one case in which they report the administration of insulin in pyrexias. This work is written by A. Puech, and appeared in the Archives of the Soc. of Sc. Med. et Biol. of Montpellier, on April 1929, entitled "Lowering of temperature after the use of insulin injections in two cases of prolonged Pyrexia." This reference was obtained from the "Cumulative Index Medicus" of the American Medical Association and we therefore cannot say to what kind of pyrexias does it refer. It might be our report the first instance in which the use of insulin has been recommended for the treatment of habitual hyperthermia, and we intend to submit this therapentic agent to further study and investigation.

SUMMARY:

We present three cases of non-infectious hyperthermias in children, representing two of them, very rare conditions and the other one, habitual hyperthermia, a relatively frequent condition among the children of the upper classes.

Emphasis is placed on the importance of a differential diagnosis between habitual hyperthermia and tuberculosis of the tracheo-bronchial glands in children and the most important clinical signs for differentiation are given.

We suggest the use of small doses of insulin in the treatment of habitual hyperthermia.

REFERENCES

(1) **Howell**—"Text Book of Physiology"—9th. Edition—W. B. Saunders, Publishers.

(2) **Morat and Doyonen**—Tr. de Phys. (1889) III p. 480.

(3) Abt.—Pediatrics—Vol. IV: 689.

(4) **Finklestein, H.** "Habitual Hyperthermia"—Jaresk f. arztl. Fortbild. June,1930

(5) **Troisier, G.**—"Congenital Hyperthermia" 28:480-484—Nov. '30.

(6) **Marañón, G.**—"El Problema de las Febrículas" (1927): 182.

(8) **Houghten, F. C. et. Al**—"Thermal Exchanges Between the Bodies of Men Working and the Atmospheric Environment" The Am. Jour. of Hygiene—Mar. 1931. Vol. XIII:415.

(9) **Beaumis, H.**—"Noveaux Elements de Physiologie Humaine" Tercera Edición. Vol. II; 447.

(10) **Bryan and Archibald.**—"The Practice of Medicine in the Tropics".—Oxford Med. Publ.—Vol. III: 1967.

LA DOCTRINA DE LA BIOTIPOLOGIA HUMANA (*)

LUIS M. MORALES.

Los refranes de un pueblo representan las características de su raza. Los adagios españoles encierran toda una filosofía popular y son amenos exponentes, muchos de ellos, de grandes verdades. Entre estos hay uno muy popular que dice "Genio y figura, hasta la sepultura".

El tema que hemos de esbozar en esta ocasión incluye precisamente estos conceptos que en el viejo adagio se hallan ligados: "Genio y figura".

Nos proponemos interesar a nuestro selecto auditorio en los importantes estudios que vienen haciendo distinguidos hombres de ciencia sobre la llamada "biotipología humana", o como lo expresa VIOLA, una de las figuras más destacadas en este campo, "la ciencia del individuo".

En el año 1880, el brillante clínico italiano ACHILLE DE GIOVANNI comenzó a darle énfasis a la importancia de estudiar la constitución y la personalidad de los enfermos, con el fin de tratar al dividuo más bien que a la enfermedad. DE GIOVANNI, con sus investigaciones, estableció la escuela italiana de antropología clínica. Sus enseñanzas cayeron en terreno fértil, y germinaron con las investigaciones posteriores de uno de sus discípulos, el DR. VIOLA, actualmente Profesor de Medicina en la Universidad de Bolonia. Y a su vez, un discípulo de éste, NICOLA PENDE, que hoy desempeña la cátedra de Medicina Clínica en la Real Universidad de Génova, le ha dado una importancia extraordinaria a estos estudios y ha fundado el "Instituto Biotipológico" de Italia, donde está llevando a cabo una labor brillante.

En Francia este movimiento se inició a principios del siglo pasado con el clínico ROSTAN, y sus discípulos siguieron la senda trazada por él. Hoy BOUCHARD, SIGAUD y otros se distingnen por sus contribuciones a estos estudios. Los alemanes no se han quedado rezagados, y constantemente están apareciendo monografías germanas sobre patología constitucional. Y en los Estados Unidos los principales exponentes de esta doctrina son en la actualidad NACCARATI, del "New York Postgraduate" y GEORGE DRAPER de la Universidad de Columbia. Este último dirige la "Constitution Clinic" del Hospital Presbiteriano de Nueva York.

NICOLA PENDE, a quien ya mencionamos, ha resumido todo lo que se ha hecho hasta la fecha en este campo, añadiendo valiosas observaciones de su propia cosecha, en una bella obra titulada "Le Debolezze di Costituzione", que ha sido traducida al inglés por NACCARATI con el nombre de "Constitucional Inadequacies". Ha sido esta obra, en la que, según el comentario de DRAPER "el autor ha demostrado una vez más esa capacidad extraordinaria de los sabios italianos para combinar de modo efectivo, como lo hizo Leonardo en sus sin iguales dibujos anatómicos, la exactitud

(*) Leído ante la Asociación del Distrito Norte, en julio 20, 1931.

detallada del científico con la percepción y el sentimiento del artista", la que nos ha servido principalmente como fuente de información para este ensayo, aunque no hemos dejado de consultar otras obras que anotamos en el apéndice bibliográfico.

¿En qué consiste la doctrina de la Biotipología? Podríamos contestar a esta pregunta sencillamente, diciendo que es la doctrina que trata acerca de la constitución, el temperamento y el carácter del hombre.

Un gastado aforisma dice que "la historia se repite". Esto podríamos aplicarlo a cualquier campo del esfuerzo humano. Sinembargo, no explica el progreso del pensamiento humano. La ciencia moderna hace uso de los conceptos antiguos que le sirvieron de base, y con los nuevos métodos de investigación arroja un rayo de luz potente, que nos hace ver las ideas de antaño bajo otra perspectiva, e interpretarlas de modo distinto.

Pero no deja de ser curioso y significativo el hecho de que en las corrientes de la medicina moderna podamos notar una marcada tendencia a aceptar, como fundamentalmente buenas, y a revivir, con modificaciones, por supuesto, las mismas teorías que sustentaban en su tiempo, y que nos han legado a través de los siglos como patrimonio en el arte de la Medicina, Galeno e Hipócrates.

Destácase entre éstas, el concepto unitario del organismo humano. Actualmente, y sobre todo cuando se habla de reacciones mentales, es piedra angular el concepto del organismo como un conjunto, que comprende tanto la psique como el soma: el cuerpo y la mente. Tratamos, pues, de estudiar y comprender al individuo, no sólo en cuanto a estructura, sino en lo referente a todas sus funciones también. Porque como dice DEVINE, la vida es esencialmente dinámica: el organismo tiene que actuar para existir.

La diferencia entre esta doctrina muy siglo veinte, y la de 400 A. C. estriba en lo siguiente: en que el concepto constitucional de HIPOCRATES y GALENO se basaba en la teoría de que el organismo, tanto en estado de salud como en el de enfermedad, reaccionaba de acuerdo con la combinación especial de los cuatro "humores" fundamentales que se encontraban en diferentes proporciones en distintos individuos. Ya ellos habían observado que el "temperamento" de un individuo (flemático, sanguíneo, colérico, etc.) estaba de acuerdo con su tipo físico, y lo atribuían a la preponderancia de uno de los humores.

Para nosotros, la constitución consiste en una especial desproporción morfológica en el equilibrio morfológico general, y por temperamento entendemos ser la nota *psicofisiológica* en un individuo. Seremos más extensos sobre este punto más adelante.

Ya en 1822, el gran clínico francés ROSTAN se expresó como sigue: "Es raro que exista un equilibrio perfecto en todos los sistemas de la economía animal. Esta armonía completa tal vez jamás haya existido, a no ser en la imaginación de los antiguos. Un sistema casi siempre parece ejercer su predominio sobre todos los otros. De acuerdo con esto es fácil concebir el que el predominio de un aparato imprima una modificación importante en nuestra constitución física y moral.

"En los varios sistemas que hemos reconocido como constituyentes del cuer-

po humano, y en los fluídos que también forman parte de él, no siempre encuéntrase una relación tal que produzca un equilibrio perfecto. A veces nos encontramos con el predominio del aparato gastrointestinal, y de aquí que nos hallemos frente a un tipo especial de organización. En otros casos los órganos circulatorios o respiratorios son los que predominan, por lo que tenemos un nuevo tipo de constitución; o puede que el aparato locomotor asuma el papel principal, o el nervioso, o el reproductivo, etc. Creemos que es el predominio de uno u otro sistema lo que estampa el sello característico a las distintas constituciones orgánicas, que son tan numerosas como sistemas hay, y que difieren de acuerdo con sus infinitas posibilidades de combinación. Este hecho es lo suficiente para explicar las innumerables variedades de temperamento que la Naturaleza nos ofrece para nuestra observación".

Este concepto de la constitución, que corresponde al significado etimológico de la palabra ("cum" y "statuere"), está gobernado, según PENDE, por lo que éste denomina el "principio correlativo". De acuerdo con este principio, las varias combinaciones de órganos y de fluídos orgánicos, y las relaciones especiales o correlaciones anatómicas y funcionales existentes entre las partes del cuerpo, determinan las distintas constituciones físicas y mentales, y varía de acuerdo con las características dominantes en el equilibrio inter-orgánico.

La moderna medicina clínica admite la existencia de este principio correlativo en la esencia de la constitución. Y, como hemos apuntado antes, esta idea es reminiscente de las encontradas en los escritos de HIPOCRATES, de GALENO, y de ELSOHOLTZIUS, el último de los cuales desempeñó la cátedra de Medicina en la Universidad de Padua en 1650.

Algunos autores modernos, como MARTIUS y BAUER, opinan que la constitución es la suma total de las características individuales de los órganos y tejidos por separado. PENDE, sinembargo, difiere de esta opinión, y a su vez cree que la constitución tiene que ser "una resultante, una síntesis, un "quid novum" que se origina en la influencia recíproca, en la coordinación de las distintas partes del organismo y de sus respectivas funciones, por medio del mecanismo de síntesis y unificación vital que LEO LEOB denomina "el diferencial de la individualidad".

Al enfocar a un individuo desde el punto de vista de su constitución, es preciso que nos demos cuenta de dos factores que pueden determinar o por lo menos condicionar esta constitución. Nos referimos a (1) la Herencia y (2) el Medioambiente.

La herencia juega un papel tan importante en la determinación de la estructura humana, que algunos autores (y principalmente TANDLER), llegan al extremo de restringir el significado del concepto "constitución", que para ellos representa solamente la suma de las características heredadas por el individuo. Nos habla TANDLER del "destino somático individual" que él considera ya prefijado en el huevo al momento de ser fertilizado.

Pero son muchos los investigadores que basándose en sus observaciones, proclaman la existencia de factores exógenos accidentales, que son capaces de modificar la constitución. RICARDO KOCH

muy atinadamente observa que toda forma y toda función depende de una predisposición hereditaria (el "anlage" de los alemanes), y también de ciertas condiciones externas. En la vida actual estos dos factores han de ser inseparables, y no podríamos imaginar la existencia de una forma o de una función en la que influyera exclusivamente ya el factor predisponente, ya el condicionante.

JULIUS BAUER resume la cuestión diciendo que si bien es innegable el hecho de que la constitución la determina el destino evolutivo interno que sella la vida de un individuo en el momento de su concepción, también es verdad que las variaciones individuales de donde se originan las distintas formas de desviación del tipo humano promedio, están subordinadas tanto a las leyes de herencia como a los factores ambientales que modifican la acción de estas leyes, sin que nos sea posible establecer una distinción precisa y exacta entre los factores condicionales exógenos y los endógenos de la predisposición hereditaria.

La definición más completa, amplia y ajustada de lo que debemos entender por "constitución", nos la da PENDE en las siguientes palabras: "La constitución es la resultante morfológica, fisiológica y psicológica (variable en cada individuo), de las propiedades de todos los elementos celulares y humorales del cuerpo, y de la combinación de éstos en un estado celular especial que tiene equilibrio y capacidad funcional propios, cierta capacidad adaptiva, y un modo de reaccionar hacia los estímulos ambientales. Tal resultante es determinada primariamente por las leyes de herencia, y secundariamente por las influencias perturbadoras ejercidas por el medioambiente en el plan hereditario de organización del individuo".

Esta definición abarca los tres conceptos de (1) estructura física, (2) temperamento y (3) carácter, y concuerda con la moderna tendencia unitaria en el estudio de la personalidad humana. La forma y la función, el cuerpo y la mente, no pueden ser considerados de modo independiente, y el individuo constituye una unidad psicofísica.

Como antes dijimos, la nota psicofisiológica dominante en una persona, es lo que representa su "temperamento". El temperamento varía de acuerdo con la preponderancia o la deficiencia de uno de los aparatos o "sistemas" en el equilibrio dinámico general, y con la existencia de ciertos estados "humorales". Este antiquísimo concepto ha sido revivido e interpretado bajo una nueva luz, por las investigaciones de la moderna química biológica.

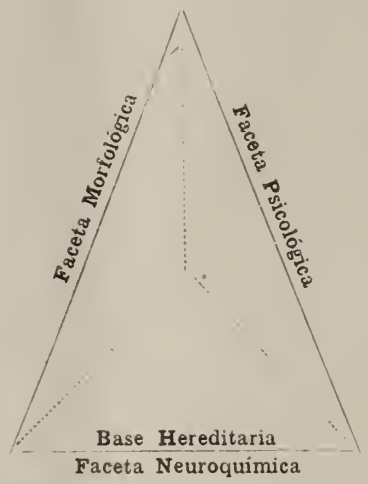
En cuanto al "carácter" de un individuo, diremos que según los psicólogos contemporáneos consiste en "la personalidad afectiva y volitiva de un individuo" (KRETSCHMER), o sea, en aquella parte de la psiquis que comunmente se separa de la inteligencia, a pesar de que es difícil establecer una separación completa y definida entre estos dos segmentos de la personalidad psíquica: el afectivo o emocional, y el intelectivo.

No podríamos tampoco separar por completo la inteligencia de un sujeto, de su constitución general, ya que los estudios más recientes de los psicofisiológicos nos inducen a creer que no sólo el cerebro sino al organismo todo, toma parte en la determinación de la conciencia.

Las consideraciones precedentes nos llevan a la conclusión de que la consti-

tución de todo individuo presenta tres facetas: la morfológica (forma estructural), la dinámico-humoral (temperamento) y la psicológica (carácter e inteligencia). Cada faceta se caracteriza por una nota dominante. Y de acuerdo con estas tres notas dominantes clasificaremos la constitución el individuo, o sea su "biotipo". Por eso definimos al principio el término biotipología como la doctrina que trata de la constitución física, el temperamento y el carácter".

Para que nos sea más fácil visualizar este concepto, puede representarse gráficamente por una pirámide cuya base la forma el factor hereditario, y cuyas tres caras representan estas tres facetas de que ya hemos hablado. La síntesis de estas tres facetas es el ápice, que representa la síntesis de las propiedades vitales del individuo, su producción dinámica.:



Desarrollo absoluto y relativo de la masa corporal.

Relación del tronco y las extremidades.

Tono general de las formas corporales.

Desarrollo proporcional de los aparatos circulatorios, muscular, hemopovético y genital.

Desarrollo total de la inteligencia.

Desarrollo proporcional de los segmentos instintivo-afectivo e intelectivo-volitivo.

Desarrollo proporcional del pensamiento lógico, concreto y fantástico.

Dominante hormónico.
" neurovegetativo.
Orientación metabólica.
Fuerza y resistencia de las funciones reactivas
Velocidad y precisión de las funciones reactivas.

(Según PENDE)

Habiendo ya explicado lo que entenderemos por el término constitución, en su acepción más amplia, prosigamos estableciendo una diferenciación entre dos términos que tienen importancia práctica para el médico clínico. Nos referimos a la diferencia que existe entre lo que se llama "anomalía constitucional", y lo que debemos entender por "enfermedad constitucional".

No voy a cansar vuestra fina atención con la explicación de los minuciosos y arduos procesos, anotaciones antropométricas y cómputos matemáticos de que se sirven los antropólogos para poder determinar cuál es el tipo normal para

cierta raza, por ejemplo, y hasta qué límite puede considerarse una desviación de este tipo como una variabilidad también normal. Bástenos apuntar que para este trabajo, después de hacer anotaciones precisas y exactas de muchas medidas, tanto de distintas partes del cuerpo como de sus vísceras y órganos internos, para hacer los cómputos se hace uso principalmente del método llamado de "curvas de frecuencia serial", aplicado por primera vez a la biología humana por el belga QUETELET, y de la ley matemática del binomio de QUETELET-GAUS.

Cuando existe una variante de la constitución, que se desvía, se aparta del tipo promedio normal, a tal extremo que no puede ser considerada como perteneciente al dominio de la variabilidad normal, ya se entra dentro de la "anomalía constitucional". Porque existen desviaciones del tipo normal, que son tan pequeñas que pueden también ser consideradas como normales, ya que para cada tipo existe un cierto margen de variabilidad normal. Pero cuando esta variante es tan marcada que rebasa ciertos límites, entonces ya constituye una 'anomalía".

Una variación extrema representa una anomalía, pero en realidad la transición entre variabilidad normal y franca anomalía es muy gradual y difícil de establecer a veces. Es bueno recordar también que una sola anomalía carece de verdadero valor clínico (por ejemplo la existencia de uno solo de los conocidos "estigmas de degeneración") y lo que importa en realidad es una acumulación de anomalías, la "anomalía multiplex" que llama GUNTHER, que nos puede dar un índice para establecer la existencia de un desequilibrio evolutivo o funcional. Si tenemos siempre presentes la importancia del concepto unitario del organismo, no nos olvidaremos de que para establecer una conclusión en cuanto a la constitución de un individuo debemos primero adquirir una perspectiva de todo el organismo, y no fijarnos solamente en una variante local.

Y si gradual y casi imperceptible es la línea de demarcación entre lo que constituye una variante tipológica normal y una verdadera anomalía, aún más lo es la transición entre una "anomalía constitucional" (que ya hemos definido), y una "enfermedad constitucional". Algunos ejemplos prácticos nos servirán para aclarar este punto: Una anormalidad en el metabolismo de los hidrocarbonos en un individuo, puede determinar en un caso (de anomalía constitucional) un estado de hiperglucemia latente, perfectamente compatible con un estado aparente de buena salud, mientras que en otro puede determinar un estado franco de diabetes, que sería una "enfermedad constitucional". Otro ejemplo: Un leve estado de hipoevolutismo de la glándula tiroides, puede en una persona producir sólo un ligero retardo en las funciones psicomotoras, y en otra presentar el síndrome clínico de una mixedema.

Ocurre con bastante frecuencia en nuestra práctica, que podamos confundir una verdadera "constitución anómala" con un estado preclínico de enfermedad. Muchas veces nos encontraremos conque lo que nos parece a primera vista un estado constitucional de predisposición, o sea un estado preclínico de cierta enfermedad, es la enfermedad ya presente, en estado de latencia más o menos marcado, (si nos tomamos el trabajo de explorar al paciente con más minuciosidad). Es-

te error se comete con bastante frecuencia en la tuberculosis. Es fácil confundir una tuberculosis latente, en estado de incipiencia, con una pretuberculosis, o sea con una predisposición hacia la tuberculosis debida a una constitución anómala.

Y estos nos lleva a decir algo acerca de las "diatesis" porque la misma confusión ocurre con éstas:

Por "diatesis" entiéndase ciertos temperamentos morbosos que, rebasando los confines de la variabilidad normal de temperamentos, representan ya condiciones morbosas potenciales. De modo que ciertos estímulos ambientales que no afectarían en nada a la mayoría, producen efectos marbosos desastrosos en estos individuos predispuestos. PENDE clasifica los temperamentos morbosos en *seis* diatesis principales, a saber: (1) Artrítica (2) Neuro-endocrinopática (3) Psicopática (4) Heredo-sifilítica (5) Heredo-tuberculosa y (6) Heredo-neoplástica.

En la aplicación práctica de estos conocimientos es muy común encontrarse conque hablamos de diatesis cuando ya se trata de una verdadera enfermedad diatésica. Pero es muy disculpable el error, porque cuando viene a reconcerse la diatesis es cuando ya ésta ha evolucionado hacia un estado patológico activo.

Fuerza y Debilidad Constitucionales. —El concepto que hemos adquirido de lo que significa "constitución", según la definición de PENDE, nos suministrará un criterio para juzgar si una constitución es fuerte o débil. Aplicando este criterio nos daremos cuenta inmediatamente de que la palabra "fuerza" tiene para nosotros un significado harto distinto al que tiene para el lego. Por lo general, cuando un profesor de "cultura física" de los que tanto abundan en los Estados Unidos, anuncia sus cursos en una revista popular, incluye un retrato de un joven musculoso, de cuello taurino, tórax amplio, hombros bastos y biceps hercúleos. Para la mayoría de las gentes esto representa la personificación de la fuerza. Haciendo uso del mismo mecanismo psicológico, el anunciante de cualquier producto para la alimentación artificial de los niños, proclama las bondades de su mercancía exhibiendo el cuadro o el retrato de un infante rollizo, robusto y de rosadas mejillas. Y esto es así, porque el vulgo confunde un estado exhuberante de nutrición y abundancia de capilares que producen un tinte rosáceo de la piel, con la verdadera robustez constitucional. Pero para el clínico que sigue las normas ya apuntadas al establecer su juicio, el concepto de "fuerza" implica no sólo normalidad morfológica, sino también funcional. Y una aparente perfección estructural no siempre va acompañada de función intacta. Podríamos parodiar un vulgar aforisma, diciendo que "en la armonía está la fuerza". La armonía, el equilibrio, la perfecta unidad vital de todo el organismo, es lo que constituye la fuerza de la constitución, presuponiendo desde luego, la existencia de una evolución morfológica normal de cada una de sus partes integrantes.

Cualquier exceso o deficiencia de una parte romperá el equilibrio dinámico general, y constituirá una debilidad. Así vemos amenudo que un exceso de desarrollo en los sistemas óseo y muscular, implica debilidad en vez de fuerza, en ciertos casos. No todos los gigantes son

"fuertes". Y hay muchos atletas débiles, aunque de primera intención parezca esto una paradoja. DE GIOVANNI ha demostrado, por ejemplo, que los atletas son más propensos que otros individuos, al hipertono arterial, a la hipertensión, la arterio-esclerosis y la hipertrofia cardiaca. Y esto es ya una debilidad constitucional.

Lo propio ocurre en la esfera psíquica. Un desarrollo excesivo de una cualidad mental, frecuentemente va acompañada de una deficiencia en otro segmento. Por ejemplo, en el caso de los llamados "genios", en los que hay una hipertrofia del segmento intelectual, va ésta acompañada en muchos casos de una deficiencia en otro segmento: el emocional, supongamos, produciendo un estado de desequilibrio psíquico que hace al individuo débil desde el aspecto constitucional.

Y en otros casos la desproporción existe entre lo morfológico y lo psicológico, resultando esto en la existencia de seres que aunque aparentamente perfectos, son unos débiles biológicamente hablando. Ningún ejemplo más patético de esta desproporción, que el que nos pintan STRECKER y APPEL en el prefacio de su reciente libro "Discovering Ourselves". Dice así: "Un cuerpo perfectamente desarrollado físicamente es inútil, sino lo dirige una mente capaz y bien equilibrada. Cierta vez vimos un muchacho que parecía ser perfecto físicamente, y su cabeza parecía como si hubiese sido modelada por un gran escultor de la antigua Grecia. Pero sus movimientos eran torpes e incoordinados; su lenguaje era infantil; su risa una carcajada grotesca; su mirada inexpresiva y estólida. Su maravilloso cuerpo servíale de poco o nada. Mejor que no hubiera existido. No había allí inteligencia directriz— no había mente. Era un imbécil".

De todo esto podemos sacar en limpio una premisa indispensable para juzgar la fuerza o debilidad de una constitución y ésta es que debemos considerar la anatomía, morfología y fisiología del crecimiento normal, tanto de los tejidos y de los órganos, como del organismo total antes de poder determinar si es fuerte o débil.

Pasemos a considerar ahora los tipos más corrientes que existen, y las desviaciones más importantes de éstos.

VIOLA ha formulado una ley que él llama la "ley del principio ontogénico", la cual nos ayuda a comprender las anomalías constitucionales, y es ésta: "La evolución ponderal (o sea de peso), o de aumento de la masa, está en proporción inversa a la evolución morfológica (o sea cambio de proporción")". Esto quiere decir, que mientras más aumenta el peso o la masa de un organismo, menos evoluciona morfológicamente, y vice-versa.

VIOLA basa su ley en la creencia de que el ímpetu evolutivo que recibe el organismo "ab ovo", parece dividirse en dos fuerzas distintas: una, la que determina el crecimiento de la masa somática. Otra, la que trae consigo las transformaciones morfológicas, en la diferenciación de los distintos tejidos.

BICHAT establece una importante distinción entre dos grandes sistemas del organismo: El *vegetativo* que tiene que ver con el aumento de la masa, la asimilación y el crecimiento general, y el *animal*, que por el contrario, gobierna la transformación de la energía y la vida de relación.

Aplicando a esta teoría de BICHAT

la ley ontogénica de VIOLA, veremos que mientras más se desarrolla la masa (o el sistema vegetativo), menos se desarrollará la diferenciación morfológica (o sistema animal), y viceversa.

Esta desarmonía evolutiva entre los dos sistemas es lo que explica la existencia de dos grandes tipos opuestos que se desvían del tipo verdaderamente normal en la constitución humana. El tipo en el que la masa somática domina proporcionalmente, es el "megalo-esplácnico" de VIOLA (el "apoplético" o "pícnico", que posee un tronco largo, en el que están contenidos los órganos de la vida vegetativa). Aquel en el que predomina la diferenciación morfológica, es el "micro-esplácnico" (también conocido por "asténico", "dolicomorfo", "cerebral" o "hábito físico").

El primero, o hipervegetativo, presenta una evolución morfológica, y se asemeja al niño en sus proporciones corporales. El otro, el microesplácnico o hipo-vegetativo, ha evolucionado mejor morfológicamente. En el primero nótase un aumento en el volumen del tronco (tórax y abdomen), mientras que en el segundo hay elongación de las extremidades, y existe mayor desarrollo del sistema nervioso central, que es lo que gobierna la vida en relación al medio.

Reduciendo todo esto a términos aún más sencillos, veremos que la proporción existente entre el largo y el ancho del cuerpo, nos dará un índice para considerar el desarrollo proporcional del sistema vegetativo y el animal.

Esto crea la existencia de dos "ectipos" que se desvían del tipo perfecto: el mégalo y el micro-esplácnico de VIOLA; o sea el brevilíneo o braquimorfo, y su opuesto el longilíneo o dolicomorfo.

Con alguna práctica, la relación fundamental entre estas dos líneas de desarrollo puede establecerse a simple vista, pero para establecer el grado exacto de desproporción es preciso proceder a tomar cuidadosas medidas antropométricas. También puede establecerse el tipo a que pertenece cada parte del cuerpo, y así oímos hablar, por ejemplo, de un tórax longitípico (dolicomorfo), normotípico (eumorfo) o brevitípico (braquimorfo), y de un cráneo dolicomorfo o braquimorfo, etc.

Estas anomalías morfológicas tienen importancia práctica cuando se trata de predisposición hacia algunas enfermedades. En los dolicomorfos, aún cuando esté localizada la anomalía en el tórax solamente, se ha notado una tendencia del aparato respiratorio hacia las infecciones tuberculosas. Y los que constitucionalmente tienen una dolicomorfia abdominal están predispuestos a los trastornos dispépticos y a la esplancnoptosis.

Dice PENDE (p. 49): "Cuando no se trata de características étnicas, el enanismo y el gigantismo siempre representan desviaciones extremas del tipo medio, y como tales, tienen que considerarse constituciones anómalas o débiles. Este concepto puede ser aplicado "a fortiori" a los órganos individuales, los que, si excesivamente pequeños o grandes, aunque normales en su forma y proporciones, siempre representan errores de correlaciones morfológicas con las otras partes del cuerpo, y por lo tanto constituyen la causa de debilidad constitucional en los respectivos órganos.

Debemos ahora resolver la cuestión de nuestro concepto actual de lo que es un "individuo normal" y un "individuo sa-

ludable". ¿Podríamos indentificar estos dos términos? Creo que no.

La normalidad, en el sentido de la estadística, es el total de los valores centrales o del valor promedio—desde los puntos de vista morfológico, funcional y psicológico—de la curva de variabilidad. Pero es evidente que para nosotros, que somos clínicos y biólogos, este "tipo humano medio"—un tipo abstracto e ideal que no existe en la Naturaleza— no es el tipo único del hombre saludable. Muchos sujetos saludables, y podemos decir que la mayor parte de los individuos saludables, se desvían más o menos del "tipo término medio" normal de las estadísticas. Si es verdad, como VIOLA ha demostrado, que el tipo medio estadístico se acerca en un grado de exactitud exquisito al tipo enrítmico y hermoso que corresponde a las proporciones del APOLO DE BELVEDERE y el DORIFORO DE POLICLETO (MacAuliffe), no es menos verdad que, desde el punto de vista de la salud y de la robustez funcional, pueden existir sendas desviaciones del tipo medio. Es decir, que individuos que se descarrían considerablemente del tipo medio normal—aunque dentro de ciertos límites que aún no han podido establecerse universalmente por medio de las medidas corporales—pueden sinembargo ser saludables y resistentes desde el punto de vista funcional. Por lo tanto, la normalidad clínica, o sea la salud, y la normalidad estadística pueden no coincidir; y antes al contrario, tal vez no sea demasiado arriesgado decir que del estudio clínico que hemos hecho de muchos individuos que se acercaban lo más posible al tipo medio o al tipo ideal de la belleza griega, hemos llegado a la conclusión de que tanto hombres como mujeres que poseen las figuras más ideales muy amenudo presentan anomalías muy marcadas, especialmente en las esferas genital y nerviosa. Del mismo modo se ha observado que los niños de formas angelicales con frecuencia sufren de un estado tímico, y son los más expuestos a morir de una difteria, una meningitis tuberculosa o cualquier otra infección. De otro lado, los estudios recientes de BOLDRINI, llevados a efecto en los tipos constitucionales de aquellos soldados que durante la Guerra Mundial demostraron mayor resistencia hacia las enfermedades a que todos los tipos constitucionales estaban expuestos e,stableció la conclusión de que el tipo más resistente es uno que adolece de una ligera desproporción, con predominio del tamaño del tronco sobre el de las extremidades, y de cortas extremidades inferiores. BOLDRINI identifica este tipo con el hipergenital".

Ahora, digamos algo acerca de la relación que existe entre el tipo morfológico de un individuo y su complexión mental. KRESTSCHMER ha hecho investigaciones antropológicas exactas, relacionándolas con los distintos tipos psicológicos, y ha podido comprobar, basándose en sus cuidadosas pesquisas, que realmente existe una estrecha relación entre la forma corporal y la naturaleza, entre "genio y figura"; relación que ya habían adivinado intuitivamente el novelista, el poeta, y el hombre de la calle. Encontró KRETSCHMER tres tipos principales, que denominó "asténico", "atlético", y "pícnico". Al lado de estos tres tipos hállanse también numerosos tipos especiales, que él llamó "displásticos", que se desvían notablemente del término medio, y que se relacionan estrechamente.

en lo morfológico, con los síndromes de disfunción endocrina (aspecto dinámico-humoral).

Para dar una impresión, bastante exacta aunque somera, de estos tres tipos físicos, bosquejaremos las características citadas por DEVINE:

Tipo asténico:—La característica esencial del tipo del hombre es, como impresión general de conjunto, la ausencia de gordura unida a una estatura media más bien elevada. Esta deficiencia de desarrollo en grosor aparece en todas las partes del cuerpo—cara, cuello, tronco, extremidades—, y en todos los tejidos—piel, grasa, músculo, hueso y sistema vascular. A base de esto el peso medio, así como la circunferencia y las medidas de anchura, se encuentra que están por debajo del término medio. En consecuencia, los casos más raros dan la impresión siguiente: un hombre magro, delgado, que parece más alto de lo que es, con piel pobre en secreción y sangre, de hombros estrechos, de los que cuelgan los brazos provistos de delgados músculos y las manos de delicados huesos: un pecho largo, estrecho, plano, en el que pueden contarse las costillas, en ángulo agudo. Abdomen pequeño, limpio de grasa, y miembros inferiores de caracteres exactamente iguales a los superiores.

Tipo Atlético:—El tipo atlético masculino se distingue por el poderoso desarrollo del esquelto, las musculatura y la piel. La impresión grosera de un buen ejemplo de este tipo es como sigue: un hombre entre mediano y alto, con hombros particularmente anchos y prominentes, pecho alto, epigastrio firme, y tronco que se hace cónico en su parte inferior, de manera que la pelvis y las largas piernas parecen a veces casi graciles comparadas con el tamaño de los miembros superiores y, particularmente, de los hombros hipertróficos. La sólida cabeza se mantiene firme sobre un cuello de movimientos fáciles, de manera que el contorno lineal del firme trapecio, visto de frente, da a la parte del hombro más próxima al cuello su forma peculiar. Los contornos y vacíos del cuerpo están determinados por el aumento de volumen de la musculatura normal e hipertrofiada, que se afirma plásticamente como relieve muscular. El relieve óseo es especialmente prominente en el contorno de la cara. Se encuentra una osamenta ruda por todo el cuerpo, particularmente en las clavículas, las articulaciones de la mano y el pie, y en las manos. Junto a los hombros la acentuación trófica reside en las extremidades, las cuales en muchos casos recuerdan la acromegalia. Al lado del hueso y del músculo, la piel tiene su parte en la hipertrofia general. Presenta una turgencia bella, firme, elástica y, particularmente en la cara, aparece fuerte, recia y muchas veces pastosa. En contraposición con todo este tejido, la grasa está moderadamente desarrollada, y, en términos generales, es más o menos normal. A causa de ello, sobre todo, hace resaltar el evidente relieve muscular, ya que la musculatura hiperdesarrollada se señala sólo a través de una delgada envoltura de grasa.

Tipo pícnico:—El tipo pícnico, que alcanza la cima de su perfección en la edad media de la vida, se caracteriza por el pronunciado desarrollo periférico de las cavidades del cuerpo (cabeza, tórax, abdomen) y la tendencia a la distribución de grasas alrededor del tronco, con una construcción más grácil del aparato motor (hombros y extremidades). La im-

presión tosca en los casos muy desarrollados es muy clara; altura media, talle redondeado, una cara suavemente ancha, sobre un cuello macizo y corto afirmado entre los hombros; el abdomen sobresale de un pecho profundamente curvado y hasta pende en la parte inferior del cuerpo. Los miembros son blandos, redondeados, y presentan unos músculos pequeños o unos relieves óseos a menudo muy delicados; las manos blandas, más bien cortas y anchas. Los hombros no son anchos y prominentes como en los atléticos, sino que son redondeados, un poco altos y empujados los dos hacia adelante y se mantienen muchas veces contra el pecho con una depresión característicamente penetrante sobre el borde interno del deltoides".

Entre estos tipos físicos y los distintos tipos psíquicos, se ha establecido una estrecha relación. Los asténicos y atléticos son por lo general introvertidos, concentrados, fantaseadores, imaginativos, egocéntricos. Los pícnicos son, por el contrario, extrovertidos, emprendedores, decidores, vivarachos, dinámicos, prácticos, o bien ciclotímicos, esto es, que jamás están en el fiel emocionalmente: o alegres o tristes. Los resultados de las investigaciones de KRETSCHMER en este sentido pueden abreviarse así: (1) Hay una afinidad biológica evidente entre la disposición psíquica de los maníaco-depresivos y el tipo corporal pícnico. (2) Hay una afinidad biológica evidente entre la disposición psíquica de los esquizofrénicos y la disposición corporal característica de los asténicos, atléticos y ciertos displásticos.

Debemos advertir aquí, con DEVINE, que "el agrupar los individuos normales por tipos no es de ningún modo valorarlos. Un ciclotímico no es "mejor", no tiene más valor como unidad social, ni es más sano biológicamente que un esquizoide, y viceversa. Cada uno representa un tipo diferente de humanidad. Y esto es todo".

Entre los movimientos psicológicos recientes, hay una escuela originada en Alemania, que llaman de la "Gestaltpsychologie". Sus secuaces mantienen que la actividad psíquica no es más que una superestructura funcional (Gestaltqualität), que surge en el organismo siempre que su actividad global se haga más compleja.

El americano KEMPF sintetiza este concepto felizmente en una obra titulada "The Autonomic Functions an the Personality". Según él, la corriente energética que anima la vida del organismo constituye una unidad reversible, y puede pasar del campo nutritivo al sexual y de éste al de la "sublimación" (o vida de relación, o "sistema animal" que antes discutimos). Esta corriente puede transmutarse en sentido inverso. La proporción de la acividad vital en estos tres campos forma según él, la base de la personalidad, y cada una de las posibles desviaciones de este equilibrio constituye un tipo psicosomático de personalidad que el autor considera patológico. Los designa así: (a) Tipo hiponutrido, ascético, paranoideo y filosofante. (b) Tipo emaciado, autoerótico (narcisístico o esquizoide). (c) Tipo graso, glotón y oligofrénico, hiposexual. (d) Tipo erótico, hipomaníaco, extrovertido e intuitivo. (e) Tipo achulado, fecundante e hipofrénico (matón o prostituta). (f) Tipo confortable, ascético, gastrónomo y religioso.

Según esta teoría, la relación entre la Psique y el Soma es íntima e indivisible.

y cada individuo tiene una "fisonomía funcional".

CONCLUSION:

De acuerdo con la doctrina de la Biotipología Humana, o sea el estudio de la constitución, temperamento y carácter, es preciso concebir al individuo como un organismo total, como tipo biológico. El análisis del biotipo no puede hacerse fuere de la clínica, si no es por el método correlativo, e incluye el estudio del aspecto morfológico, del humoral y del psicológico del sujeto.

Concluiremos nuestro ensayo, mencionando las líneas de orientación que según PENDE deberán seguirse en la práctica para poder llegar a hacer "fórmula biotipológica" de un individuo:

1—*Aspecto Morfológico*:

(*a*) Desarrollo absoluto de la masa corporal, esto es, determinar si el individuo es normosomático, hipo o hipersomático.

(*b*) Desarrollo proporcional de los sistemas vegetativo y animal (principio de VIOLA), esto es, si el individuo es normoesplácnico normovegetativo, microesplácnico hipovegetativo o su opuesto. Con relación al sistema vegetativo es necesario, primero, determinar el desarrollo absoluto, y después el desarrollo relativo de los pulmones, el corazón, el tubo digestivo, la sangre y el aparato sexual; y con respecto al sistema animal, el desarrollo del esquelto y músculos, piel y cráneo.

(*c*) El desarrollo proporcional en cuanto al largo y ancho del cuerpo, esto es, si el individuo es enmorfo, dolico o braquimorfo, en su estructura corporal general y también en las extremidades, torax, abdomen y cráneo.

(*d*) Y por último, el "tono" de la forma corporal, esto, es, si el individuo presenta una apariencia flácida y relajada, o si por el contrario ésta es hipertónica y erecta, o si es eutónica.

2—*Aspecto Neuro-químico* (o Dinámico-humoral) que nos dará un índice del Temperamento:

(*a*) Orientación metabólica: Peso relativo del cuerpo, variación o estabilidad del peso en sí, metabolismo basal, y la existencia de un tipo anabólico o catabólico.

(*b*) Orientación endocrina: Fórmula endocrina, y glándula endocrina dominante.

(*c*) Orientación neuro-vegetativa: Exploración del sistema vegetativo, para determinar si el individuo es simpático-tónico, vago-tónico, etc.

(*d*) Energía de las reacciones nerviosas y de las funciones de los órganos por separado: neuro-hiperestenia, neuro-hipostenia, etc.

(*e*) Velocidad de las reacciones funcionales: si el individuo es taquiprágico, bradiprágico o posee una velocidad funcional normal.

3—*Aspecto Psicológico*:

(*a*) Energía o resistencia de las funciones psíquicas.

(*b*) Velocidad de las funciones psíquicas.

(*c*) Desarrollo de la vida instintiva.

(*d*) Desarrollo de la vida emocional y moral.

(*e*) Desarrollo de la vida intelectual (pensamiento fantástico, concreto o lógico)

(*f*) Aptitudes especiales y vocación del sujeto.

(*g*) Desarrollo de la inteligencia.

La técnica para todos estos exámenes es complicada y varía con cada observador.

Esta maravillosa correlación de hechos promete abrir campos de actividad hasta ahora insospechados en cuanto a diagnósticos, pronósticos y tratamiento. Y ayudarán notablemente a resolver los difíciles problemas de la individualidad somático-física.

No sería hacerle justicia a la extraordinaria labor de los biotipólogos, si yo os dejara salir de aquí esta noche bajo la impresión de que toda esta acumulación de datos y su correlación clínica es algo empírico, de interés académico, pero sin valor práctico.

Sólo hemos podido bosquejar a grandes rasgos la doctrina de la biotipología, en esta oportunidad. Pero PENDE, en su obra antes citada, después de discutir los principios fundamentales, dedica un extenso capítulo a cada uno de los sistemas, presentando de manera magistral las anomalías y debilidades que son más frecuentes en cada uno, con un detalle exquisito, una riqueza notable de observaciones exactas en los campos de la anatomía, histología, embriología, bioquímica, patología y clínica, y una erudición verdaderamente asombrosa.

Posteriormente dedica otro capítulo, genialmente concebido y expresado, a los principios de terapia para las debilidades constitucionales. Conociendo algunos de sus párrafos nos daremos mejor cuenta de la enorme importancia que para la medicina reviste la visión del individuo "biotipo":

"Si la meta suprema de la medicina clínica es la curación de la enfermedad, la de la medicina constitucional no puede ser otra que la curación del terreno, la profilaxis, al tomar medidas con el fin de fortalecer el organismo y los órganos débiles o anómales, para que los agentes morbosos exógenos no puedan prosperar o triunfar sobre la resistencia de nuestra condición celular... Evitar esta caída del individuo en el estado de enfermedad hacia el cual lo empuja su "destino interno", su constitución, es la gran tarea que nos proponemos llevar a cabo a través del estudio de las anomalías y debilidades constitucionales.

Hasta aquí, la higiene y profilaxis a las que hemos prestado nuestra atención han sido la profilaxis e higiene de la comunidad. En contra de esta "medicina social", la que en nuestra opinión goza de un éxito muy limitado en cuanto a salvar al individuo se refiere, consideramos, como más indispensable, el cuidado profiláctico del individuo, aunque queremos hacer este último trabajo al unísono con la medicina colectiva, y marchar asidos de la mano con ésta. La medicina individual, y en esto difiere de la higiene colectiva, trata de aplicar a cada individuo, después de un estudio preliminar completo de su personalidad somática y psíquica, todos los métodos disponibles por la moderna terapéutica, con el fin de fortalecer los puntos débiles en su estructura física y mental.

Sólo esta tendencia individualista de la medicina preventiva puede conducirnos hacia resultados prácticos, ya que solamente tratando de mejorar la personalidad somático-física de las unidades individuales por separado, es que tendremos éxito en el mejoramiento de la organización social.

¿Qué clínico ignora que el mismo consejo higiénico, por ejemplo,, recomendar el aire del mar, o una temporada en la montaña, o un sistema de gimnasia, etc., no es aplicable "per se" a todos los individuos de constitución débil, pero que, por el contrario, el médico debe examinar el terreno y determinar qué tratamiento es el que necesita cada individuo? El higienieista y el campeón de la medicina social deberá no olvidar que él es, antes que todo, médico. Y el médico moderno, como nuestro buen padre Hipócrates, puede sólo ser un médico individualista y constitucional".

Dijimos anteriormente, que existen dos factores que determinan y condicionan la constitución: la herencia y el medio. ¿Sería posible luchar contra el destino interno de un organismo para evitar que sucumba por razón de debilidad inherente? Ya lo creo que sí: y para probarlo no hay más que darse cuenta de un ejemplo: el trabajo tan eficiente que se viene realizando en el mundo entero por las clínicas de Higiene Mental, en las que se reajusta al individuo antes de que sea demasiado tarde, y se rehacen personalidades, salvándolas de una ruina completa, aunque carguen consigo la tarea de varias generaciones de locos.

1—La gimnasia racional del aparato orgánico, y el entrenamiento estimulante de los órganos llamados mioprágicos, o sea aquéllos que demuestran insuficiencia funcional. En la Guerra Mundial se usó mucho este método, con éxito, sobre todo en los casos de corazones constitucionalmente débiles. También es cosa que vemos a diario cómo pueden fortalecerse los músculos hipoplásticos e hipotónicos de un asténico.

2—Otro medio usado en este gran trabajo de profilaxis individual, es el principio conocido por "economía funcional". Consiste en no imponer a un órgano una labor superior a su capacidad funcional. Así, en un individuo en el que se haya descubierto una debilidad constitucional del páncreas, y que tenga por tanto una baja tolerancia para los hidrocarbonos, trataremos de limitar la ingestión de éstos con el propósito de ahorrar toda la más energía posible para la glándula, de modo que pueda llevar a cabo más eficientemente su función hormónica antidiabética, y se aumente la tolerancia para las glucosas.

3—Un tercer principio que tiene por objeto evitar el desgaste de la pobre reserva funcional de un órgano débil, es proteger a éste órgano de todas las influencias nocivas exógenas y de todo estímulo (físico o psíquico) que pudiera aumentar este desgaste. A un individuo que adolezca de una debilidad constitucional del hígado o de las paredes arteriales, será preciso prohibirle la ingestión de alcohol y el uso de otras sustancias que pudieran determinar un proceso esclerosante de esos órganos.

4—Otro campo que nos conformaremos con mencionar tan solo esta vez, ya que una discusión de todas sus posibilidades nos daría tema para otra disertación más larga que ésta; pero cuyos frutos prometen resultados muy lisonjeros en el tratamiento y corrección de todas estas anomalías, es el de la organoterapia. Sabemos que el sistema endocrino es el regulador por excelencia del equilibrio trófico y funcional del organismo. Y podemos influir en este sistema no sólo por medio de la medicación opoterápica, sino valiéndonos de otras armas como los Rayos X, el radium, la electricidad,

el clima y el régimen dietético, agentes que podemos usar, bien para estimular ciertas glándulas en casos de insuficiencia, o para reducir su actividad en casos de hiperactividad.

5—Por último, los principios de la eugenesia y el cuidado prenatal del niño pueden hacer mucho en cuanto a modificar las influencias dañinas que una constitución anómala de los padres pudiera ejercer en la constitución de sus vástagos.

Concluye PENDE su exposición, con las siguientes palabras: "La profilaxis individual, o la corrección de las constituciones que son débiles en cuerpo y mente, entrará en su fase de realización práctica definida el día que le sea posible a individuo en cualquier período de su vida, hacer que se le establezca de tiempo en tiempo su "fórmula constitucional somático-psíquica"; esto es, cuando sea posible conocer los biotipos, y establecer un "biotipograma" individual. Pero los exámenes periódicos de los individuos aparentemente saludables, llevados a cabo, usando para ello todos los recursos de la semiología constitucional, y la aplicación de todos los recursos de la terapia constitucional a aquéllos que aparezcan tarados y los que se inclinan hacia condiciones morbosas, pueden efectuarse solamente en las grandes instituciones que se dedican al progreso de la investigación científica con el fin de comprender y corregir la personalidad individual. En bien del individuo y de la nación, estos institutos deben ser creados sin pérdida de tiempo en aquellos países que pretenden estar a la vanguardia de la civilización".

Nosotros terminamos esta vez, abogando por el punto de vista "constitucional" en la medicina clínica, y recordando aquellas palabras que aparecen grabadas sobre el rostrum del auditorio donde se explican las cátedras de Medicina en la Universidad de Génova: "La Anatomía y la Fisiología separan los órganos; la Clínica los reune".

BIBLIOGRAFIA

DEVINE, H. — "Recientes Adquisiciones en Psiquiatría".—Trad. por ALBERCA LORENTE, Javier Morata, Madrid, 1931.

FRIZZI, E.—"Antropología"; Edit. Labor, S. A., Barcelona, 1928.

KEMPF, E. J.—"The Autonomic Functions and the Personality," Nerv. and Mental Monographs, No. 28, Washington.

KRETSCHMER. — "Physique and Character" Trad. por SPROTT; Kegan, Paul, Trench, Trübner, Ltd., 1925.

MARAÑON, G.—"Progresos Recientes de las Enfermedades de la Nutrición y de las Secreciones Internas"; Innovaciones Recientes en Medicina, Javier Morata, Madrid, 1931.

MIRA, E.—"Influencia de la Personalidad Psíquica en la Fisiología y la Patología Somáticas," Rev. Med. de Barcelona, X:59, Nov. 1928.

MORALES, L. M.—"Algunos Mecanismos Mentales, y Su Relación con las Psicopatías"; Bol. Asoc. Med. de P. R., Sept., 1928.

PENDE, NICOLA.—"Constitutional Inadequacies," Trad. por NACCARATI; Lea and Febiger, Philadelphia, 1928.

STRECKER y APPEL—"Discovering Ourselves"; MacMillan Co., N. Y., 1931.

LA NUEVA LEY DEL REGISTRO DEMOCRAFICO

El día 21 de julio del corriente año entró en vigor la ley No. 24 "Disponiendo lo necesario para la inscripción de nacimientos, casamientos y defunciones, y para otros fines" aprobada por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico en abril 22 de 1931.

Por virtud de dicha ley se reorganiza el sistema de registro modernizándolo y dándole mayor flexibilidad y eficacia en sus funciones y fines. La institución que se conocía con el nombre de Registro Civil de Puerto Rico se denominará de ahora en adelante Registro Demográfico de Puerto Rico. Esta última denominación es más apropiada y lógica, pues el concepto moderno de un sistema de registro es que en éste deben quedar anotados y fijados los hechos vitales y biológicos de la población, sin dejar de tomar en cuenta los derechos civiles de los individuos.

Nuestra anterior ley de Registro Civil era ley española de 18 de junio de 1870, hecha extensiva a Puerto Rico por Real Decreto de 8 de Enero de 1884, que luego fué modificada por las leyes de 1911 y 1912.

Como producto de su época, nuestra ley de Registro Civil era adecuada en cuanto a la cuestión jurídica que envuelve la inscripción del nacimiento, del casamiento, de la defunción y en general de todos los actos que conciernen al estado civil de las personas. Pero dicha ley resultaba defectuosa y anticuada en cuanto al aprovechamiento de los datos que arroja el registro para desarrollar un programa de salud pública, local o insular, entre otras, por las siguientes razones:

(*a*) Por la escasez de datos que se registraban al verificarse las inscripciones.

(*b*) Por falta de disposiciones específicas que permitieran al Departamento de Sanidad intervenir en el régimen y funcionamiento de los registros. Estos estaban *a cargo* de los Secretarios Municipales bajo la inspección inmediata de los Alcaldes. El Attorney General tenía la inspección General de los mismos.

(*c*) El Departamento de Sanidad recibía solamente *copias* de las actas inscritas, con sujeción a las inevitables demoras, errores de transcripción, etc. El Departamento, si embargo es el único organismo del gobierno que está obligado a hacer uso de tales datos cuantitativamente para el desarrollo de sus planes de salud pública y para rendir sus informes anuales, así como para suministrar información relativa a mortalidad, natalidad, nupcialidad, etc., a todas las personas y entidades de la isla y del exterior que las soliciten.

Los aspectos más salientes de la nueva ley son los siguientes:

Se crea el Registro General Demográfico de Puerto Rico, el que será establecido en el Negociado de Estadística Demográfica del Departamento de Sanidad. El Departamento de Sanidad queda encargado de todo lo concerniente a la inscripción de nacimientos, casamientos y defunciones que ocurran o se celebren en Puerto Rico, así como de preparar las instrucciones, formas e impresos necesarios para obtener y conservar dichos récords, procurando que los mismos sean registrados en cada distrito primario de registro y en el Registro General. Es facultad del Comisionado de Sanidad preparar aquellas reglas y reglamentos

que sean necesarios para complementar las disposiciones de esta ley, los que al ser aprobados por el Consejo Ejecutivo y promulgados por el Gobernador, adquieren fuerza de ley.

Las ventajas de este procedimiento son evidentes pues todos los datos que contienen los certificados originales registrados en toda la isla de Puerto Rico se encontrarán en un solo sitio (el Registro General) donde serán debidamente numerados, clasificados y catalogados facilitando cualquier estudio o consulta parcial o total que de los mismos haya de hacerse. Estos documentos irán adquiriendo mayor valor a medida que el tiempo pase. A este respecto conviene recordar, por ejemplo, que por el examen y estudio de los récords archivados en la oficina del Registrador General de Nacimientos y Defunciones de Inglaterra y el País de Gales, recopilados y conservados en la misma forma desde 1837, se ha podido llegar a conclusiones definitivas sobre muchos problemas de salud pública que de otro modo hubieran sido de muy difícil o tal vez imposible solución. Siendo el Departamento de Sanidad el organismo del Gobierno que tiene a su cargo el formalizar, analizar y dar finalmente cuenta por medio de sus informes anuales de los datos estadísticos que se recopilan en los registros, es natural que deba tener sobre éstos la autoridad necesaria para reglamentar y dirigir su trabajo de modo que funcionen eficiente y uniformemente.

Por el Artículo 4 se dispone que cada municipio de Puerto Rico constituirá un distrito primario de registro, pero se faculta al Comisionado para dividir un municipio en dos o más distritos cuando lo juzgare necesario para facilitar la inscripción. Queda el Comisionado facultado asimismo para establecer distritos de registro en cualquier hospital o institución del Gobierno de Puerto Rico. En cada uno de los distritos primarios de registro habrá un Registrador de Estadística Demográfica nombrado por el Alcalde del Municipio con la aprobación de la Asamblea Municipal.

Por el Artículo 6 se autoriza y ordena al Comisionado de Sanidad a hacerse cargo de cualquier oficina de Registro y de los récords que en ella existan en cualquier tiempo que el trabajo de la misma sea defectuoso.

DEFUNCIONES

Los artículos 7 y 8, que se refieren a la inscripción de defunciones, leen como sigue:

Artículo 7.—"Ningún cadáver podrá ser enterrado, o depositado en nicho o tumba, o incinerado, o de otro modo eliminado o trasladado fuera del municipio donde ocurrió la muerte, sin que previamente se haya inscrito la defunción en el registro del lugar en que ésta ocurrió o de aquél en que haya sido encontrado el cadáver, y se haya librado el correspondiente permiso de enterramiento o traslado por el Encargado de dicho Registro. Tales permisos de enterramiento o traslado no serán expedidos por el Encargado del Registro hasta que un certificado de defunción completo y satisfactorio, que incluirá la certificación médica de la causa de muerte, haya sido inscrito en su oficina".

"Los enterramientos así autorizados no podrán efectuarse sin que, de acuerdo con dicha certificación facultativa, hayan transcurrido veinte y cuatro ho-

ras desde la del fallecimiento. Se exceptúan los casos de fallecimiento a causa de una enfermedad contagiosa, en los cuales la inhumación tendrá lugar dentro del término fijado en los reglamentos de sanidad; Disponiéndose, que nada de lo aquí prescrito exime del cumplimiento de los requisitos impuestos por los reglamentos de sanidad para la traslación de cadáveres; y disponiéndose, además, que cuando el cadáver de alguna persona sea traído de fuera de Puerto Rico para ser inhumado en algún distrito de esta Isla, el permiso de traslado expedido de acuerdo con la ley y reglamentos de sanidad del país de donde procede el cadáver, será presentado al Encargado del Registro para la expedición del permiso de enterramiento de que se habla anteriormente."

"La inscripción del fallecimiento se hará en virtud de la presentación del certificado de defunción a que se refiere el primer párrafo de este artículo, el que deberá ser presentado por los parientes del difunto, o los habitantes de su misma casa, o por el agente funerario o encargado del entierro, y en su defecto por los vecinos, los jefes del establecimiento en que haya ocurrido la defunción, o los jefes de los cuerpos organizados a que perteneciere el difunto. En los casos de ejecución de una sentencia de muerte, el jefe del establecimiento, encargado de hacerla cumplir, presentará el certificado prevenido en el párrafo anterior".

Artículo 8.—"El Departamento de Sanidad preparará un certificado especial para la inscripción de los niños nacidos muertos, los que serán inscritos en un libro especial y los certificados se archivarán separadamente en el Departamento de Sanidad en la forma corriente. El certificado llevará en lugar del nombre del niño la palabra "nati-muerto"; Disponiéndose, que no se requerirán certificados de natimuertos para aquellos fetos que no hayan llegado a los cinco meses de gestación intrauterina. La certificación médica de la causa de muerte será firmada por el médico de asistencia si hubiere habido alguno y la causa de muerte se expresará como "nati-muerto"; se expresará también la causa del nacimiento prematuro, cuando lo hubiere, en cuyo caso se expresará el período de gestación intrauterina en meses, si fuere posible determinarlo, y se requerirá un permiso de enterramiento en la forma usual. Los casos atendidos por comadronas se considerarán como defunciones ocurridas sin asistencia médica".

Los certificados de defunción serán los mismos que por disposición del Comisionado de Sanidad están en uso desde el primero de enero de 1931 ya que dichos certificados se ajustan exactamente a lo que dispone la nueva ley.

Copiamos textualmente los artículos 10, 11 y 12 que se refieren a la certificación médica y a la obligación en que están los médicos de expedirlas, según se establece.

Artículo 10.—La certificación médica será hecha y firmada por el médico que asistió por última vez al fallecido y especificará la duración de la asistencia, la fecha en que vió vivo al enfermo por última vez y la hora y día del fallecimiento y expresará, además, la causa de muerte de modo que pueda verse el curso de la enfermedad o serie de causas que produjeron la muerte, expresando primeramente la enfermedad que fué causa di-

recta de la muerte y la causa o causas secundarias, si las hubo, que contribuyeron a al misma y la duración de cada una de ellas. Términos indefinidos que expresen solamente síntomas de enfermedades o condiciones resultantes de las mismas, no se considerarán suficientes para expedir un permiso de enterramiento o traslado, y cualquier certificado que contenga tales términos, según las reglas que el Comisionado de Sanidad dictará al efecto, se devolverá al médico o persona que haya hecho el certificado para ser corregido o ampliado. Las causas de muerte que sean el resultado de enfermedad o violencia se describirán cuidadosamente, y en caso de muerte violenta, se expresará la causa de la lesión y la certeza o probabilidad de que la muerte sea debida a accidente, suicidio u homicidio. En cuanto a las muertes que ocurran en hospitales u otras instituciones o entre no residentes, el médico suministrará la información requerida siempre que sea posible hacerlo, haciendo constar dónde, en su opinión, la enfermedad fué contraída.

Artículo 11.—Los médicos en el ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico están obligados a certificar las defunciones, en el siguiente orden:

1—El facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad.

2—El correspondiente médico del servicio de beneficencia del municipio, si no ha habido médico de asistencia.

3—En defecto de ambos, el oficial médico de Sanidad del Municipio, si lo hubiere.

Cuando no hubiere habido médico de asistencia, ni el municipio cuente con los servicios de un médico de beneficencia, ni haya oficial médico de Sanidad en el municipio, podrá expedir dicho certificado de defunción cualquier médico llamado al efecto por la persona encargada de declarar la defunción, según el artículo 7 de esta Ley, o por el Encargado del Registro. En este último caso, el municipio quedará obligado a abonar honorarios al facultativo a razón de dos dólares por certificado; Disponiéndose, que las disposiciones de este artículo serán asimismo aplicables en los casos de niños nacidos muertos.

"Artículo 12.—En el caso de que no fuere posible conseguir un facultativo que autorice la certificación médica, podrá aquélla suplirse con la inspección del cadáver por el Encargado del Registro ante la persona que haya presentado el certificado de defunción y dicho funcionario hará constar en impreso especial que se preparará al efecto, los motivos para inscribir la defunción sin la certificación médica, y contestará, además, un cuestionario según fórmula que facilitará el Comisionado de Sanidad; Disponiéndose, que si el facultativo llamado a certificar o el Encargado del Registro tienen razones para sospechar que la defunción pueda ser debida a un acto criminal o a negligencia, dará cuenta del caso al Fiscal de Distrito para la debida investigación y certificación. Las certificaciones expedidas por facultativos en virtud de lo que disponen los incisos 2 y 3 del artículo anterior, y en general todas aquellas que los facultativos expidan sin haber prestado asistencia al fallecido, lo expresarán así y la causa de muerte se establecerá por diagnóstico retrospectivo a base de la información recibida".

MUERTES VIOLENTAS

Como en Puerto Rico no existe el car-

go de "Coroner", como en Estados Unidos, ni tampoco el de "Médico Forense", se dispone por el artículo 13, que cuando haya sospecha o indicio de crimen, el Fiscal o cualquier otro funcionario autorizado para investigar la muerte extenderá el certificado de defunción que se requiere para la expedición de un permiso de enterramiento, haciendo constar en dicho certificado el nombre de la enfermedad que causó la muerte o, si la muerte es por causas externas, el arma, instrumento u objeto que la causó y el modo en que ésta se produjo y la certeza o probabilidad de que dicha muerte ocurriera por accidente, suicidio u homicidio y suministrará, en cualquier caso la información que solicite o requiera el Comisionado de Sanidad para clasificar propiamente dicha defunción, según resultare de la investigación practicada y de los dictámenes periciales".

El procedimiento para tramitar un certificado de defunción se especifica por el artículo 14 en la signiente forma:

"Artículo 14.—El certificado de defunción de una persona, prevenido en el artículo 7 de esta Ley, deberá ser entregado al Encargado del Registro en el plazo más breve, no debiendo éste exceder de veinticuatro horas después de la del fallecimiento, por cualquiera de los parientes o habitantes de la casa del difunto, siendo mayor de edad, o por el agente funerario o encargado del entierro o cualquiera de las otras personas que se enumeran en el artículo 7 de esta Ley. El encargado de presentar dicho certificado obtendrá los datos personales y estadísticos de la persona que tenga conocimiento de ellos, quien deberá firmar dicho certificado, poniendo su dirección en el mismo. Dicho certificado se presentará entonces al médico de asistencia o al médico que haya de llenar la certificación médica de la causa de muerte según lo que anteriormente se dispone, quien estará obligado a llenar y firmar dicha certificación médica seguidamente, o al Fiscal de Distrito o cualquier otro funcionario autorizado para investigar la muerte en aquellos casos en que esto sea necesario, de acuerdo con el artículo 13 de esta Ley, para que haga constar bajo su firma la causa de la defunción. Se expresarán entonces los hechos relativos a la fecha y sitio de la inhumación, incineración otraslado del cadáver, con la firma del agente funerario o encargado del entierro y el certificado así terminado se presentará entonces al Encargado del Registro para obtener el correspondiente permiso de enterramiento o traslado; Disponiéndose, que en caso de que la persona obligada a presentar el certificado de defunción no sepa leer y escribir dicho certificado deberá ser llenado por el Encargado del Registro con la información que le suministre dicha persona".

"El agente funerario o la persona encargada del cadáver, entregará el permiso de enterramiento al encargado del cementerio del sitio donde vaya a efectuarse la inhumación, antes de enterrar o de otro modo disponer del cadáver; Disponiéndose, que en los casos de inhumaciones efectuadas fuera del sitio donde haya ocurrido la muerte y donde ésta haya sido inscrita, el Encargado del Registro del municipio donde haya de hacerse la inhumación, tomará razón del permiso de traslado que acompañará al cadáver y a base de la información que él mismo contenga, expedirá el permiso de enterramiento, sin que haya necesi-

dad de insecribir nnevamente la defunción".

"Cnando el fallecimiento hubiera ocurrido fuera del domicilio del difunto podrá preparar y presentar el certificado de defunción la persona que se halle al frente de la casa donde aquél hnhiera tenido lugar, debiendo en su defecto hacerlo los demás habitantes o vecinos mayores de edad".

NACIMIENTOS

Teniendo en cuenta que el número de parturientas que puede tener el beneficio de asistencia médica o de comadrona titulada es en Puerto Rico reducidísimo, la obligación y responsabilidad de hacer la declaración de los nacimientos recae primordialmente sobre el padre, la madre o el pariente más cercano tal como en la ley anterior, figurando el facultativo o comadrona de asistencia en lugar secundario (el cuarto) en cuanto al deber de informar el nacimiento. Como es sabido en los Estados Unidos, así como en muchos otros países, la obligación de informar los nacimientos recae primordialmente sobre el médico o la comadrona de asistencia. Sería de desear, sin embargo, que por lo menos en aquellos nacimientos que ocurran en clínicas y Hospitales el certificado sea firmado por los médicos de asistencia.

Una innovación en cuanto a la inscripción de nacimientos es que éstos deben ser registrados dentro del término de 10 días contados desde aquel en que hubiere tenido lugar el nacimiento. Anteriormente se concedía un plazo de sesenta (60) días, pero ningún programa de prevención de mortalidad infantil puede llevarse a cabo si los nacimientos no se inscriben prontamente, de modo que el Departamento pueda acudir en tiempo oportuno a prestar los consejos y auxilios necesarios para la protección de la vida del infante.

Tanto los certificados de nacimiento como los de defunción han sido preparados de acuerdo con los modelos Standard en uso en el Area de Registro de los Estados Unidos y la información que la ley requiere en cuanto a unos y otros está de conformidad con dichos certificados.

REGISTRO DE MEDICOS, COMADRONAS Y AGENTES FUNERARIOS

La ley requiere que en o antes del día en que entre en vigor todo médico en el ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico: toda comadrona y todo Agente Funerario registrará su nombre y dirección en la oficina del encargado del registro del distrito en que resida o tenga su oficina abierta o en aquellos distritos en que pueda residir o establecer una oficina en el futuro.

Por este medio se espera que puedan descubrirse casos de ejercicio ilegal d la medicina, ya que no serán admitidos certificados extendidos o autorizados por personas que no estén ejerciendo legalmente la profesión. De este modo también será posible mantener al día un registro de todas las comadronas legalmente autorizadas para prestar asistencia y al Departamento le será fácil poder descubrir, reglamentar o snprimir la práctica obstétrica de aquellas personas que se dedican a asistir partos sin autorización legal.

Los Registradores están obligados a enviar cada año al Comisionado de Sa-

nidad, una lista certificada de todos los médicos, comadronas y agentes funerarios que hayan registrado sus nombres en su oficina lo que permitirá que pueda hacerse un censo de dichos profesionales cada año, anotando los cambios de residencia, bajas por muerte o ausencia, etc.

REGISTRO DE PACIENTES EN HOSPITALES E INSTITUCIONES

El Artículo 30 de la ley lee como sigue:

Artículo 30.—En todo hospital, sanatorio, asilo o cualquiera otra institución pública o privada establecida en Puerto Rico o que pueda establecerse en el futuro, donde se admitan pacientes para el tratamiento de enfermedades, o casos de maternidad, o donde se recluyan personas voluntariamente o a virtud de sentencia judicial, se formalizará, en o antes de la fecha en que entre en vigor esta Ley, un registro de todas las personas recluídas o admitidas en los mismos, así como de aquellas que sean recluídas o admitidas en lo sucesivo, que contendrá todos los datos personales y estadísticos de cada una de dichas personas, y en el caso de personas admitidas con el fin de someterlas a tratamiento de alguna enfermedad, el médico a cargo del hospital o institución especificará en dicho registro el diagnóstico de dicha enfermedad y el lugar donde, en su opinión, fué contraída. Se llevará, además, un récord de los nacimientos y defunciones que ocurran en cada uno de ellos y el día cinco de cada mes o antes, el Director, Superintendente o persona a cargo de dicho hospital o institución informará al Comisionado de Sanidad, en impreso especial que se preparará al efecto, todos los nacimientos y defunciones que hayan ocurrido en los mismos durante el mes anterior; Disponiéndose, que nada de lo aquí prescrito releva a la persona obligada a hacerlo, de la obligación de preparar y presentar al Registro local, el certificado de nacimiento o defunción, según sea el caso, en la forma que anteriormente se dispone por esta Ley".

Las secciones anteriormente transcritas abarcan aquellos puntos más esenciales de la Ley en cuanto a la profesión médica se refiere. Las demás disposiciones se refieren a la parte administrativa y al trámite de documentos; a las disposiciones relativas a los cementerios, a los honorarios que han de percibir los encargados del Registro, etc.

El Artículo 42 contiene las disposiciones penales siguientes:

"Artículo 42.—Toda persona que por sí o actuando como oficial agente o empleado de otra o de una corporación o sociedad (a) entierre, incinere o dé cualquier otra disposición final al cadáver de un sér humano, o que permita que esto sea hecho, o traslade dicho cadáver del municipio o distrito de registro en que ocurrió la defunción o se encontró el cadáver sin la autorización de un permiso de enterramiento o traslado expedido por el Encargado del Registro del distrito donde ocurrió la muerte o en que se encontró el cadáver; o que (b) rehuse dar o deje de proporcionar correctamente alguna información que posea, o que suministre una información falsa en relación con cualquier certificado o récord de los que se requieren por esta Ley; o que (c) voluntariamente alterare, en otra forma que la especificada en esta Ley, o que falsificare algún certificado de nacimiento, casamiento o defunción o algún

otro documento de los que se establecen por la misma; o (*d*) que estando obligado por las disposiciones de esta ley a llevar y presentar en el tiempo determinado un certificado de nacimiento, casamiento o defunción para ser registrado en la oficina del Registrador local deje de hacerlo o que al ser requerido para que lo remita a la persona encargada de registrarlo, deje o rehuse cumplir con dicho deber, de acuerdo con lo que en la presente se dispone, o (*e*) que siendo Registrador, Registrador suplente, o *Sub-registrador* de un distrito cualquiera abandone o deje de o rehuse cumplir sus deberes de acuerdo con las disposiciones de esta Ley y con las instrucciones y órdenes del Comisionado de Sanidad, o (*f*) que siendo persona autorizada por la ley para celebrar matrimonios, celebre alguno sin el requisito de la licencia matrimonial, o que deje de enviar o rehuse enviar al Registrador local dicha licencia matrimonial y el certificado de matrimonio de acuerdo con las disposiciones de esta Ley, será culpable de delito menos grave y, convicto que fuere, se le impondrá por la primera falta una multa no menor de cinco dólares ni mayor de cincuenta dólares y por cada falta subsiguiente una multa no menor de diez dólares o prisión en la cárcel municipal por no más de sesenta días, o ambas penas, a discreción del tribunal.

NOTA:—La Asociación Médica de Puerto Rico suplica a sus asociados y a todos los compañeros médicos de la isla presten su más decidido concurso y cooperación al Departamento de Sanidad en cuanto a informe de casos y defunciones para que tengamos estadísticas veraces para honra y orgullo nuestro.

Cualquier dificultad que tenga algún compañero en cuanto a esta ley puede consultar al Sr. Manuel A. Pérez, Jefe del Negociado de Estadísticas quien tendrá placer en aclarar cualquier duda.

Libro recibido.

Hemos recibido en los últimos días, como obsequio del Colegio de Médicos de Filadelfia, una copia de "*Transactions of the College of Physicians of Philadelphia*" *Volume the Fifty-Second*, 1930.

El libro contiene los trabajos leídos ante el Colegio de Médicos de Filadelfia durante el período incluído entre enero y diciembre 1930. El libro está editado por el Dr. Walter G. Elmer.

Damos las gracias por el obsequio de que hemos sido objeto y anunciamos a los médicos de Puerto Rico que el volumen se encuentra a la disposición de éstos en la biblioteca de la Asociación Médica de Puerto Rico.

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

Dr. Leopoldo Figueroa.

Ultimamente embarcó hacia Méjico para asistir al Congreso Médico Panamericano el Dr. Leopoldo Figueroa.

Dr. Agustín Sánchez

Recientemente fué nombrado para un puesto en el Departamento de Sanidad el Dr. Agnstín Sánchez. Ha sido destacado al Negociado de Enfermedades Transmisibles bajo las órdenes del Dr. A. de Juan.

Conferencias en la Asociación Médica del Distrito Norte.

Durante los meses de junio y julio auspiciadas por la Asociación Médica del Distrito Norte, se llevaron a cabo en San Juan dos conferencias que resultaron en extremo interesantes.

1—El Dr. Ramón Suárez disertó sobre "FEBRICULAS PROLONGADAS EN LOS NIÑOS".

2—El Dr. Luis Morales disertó sobre "ESTUDIO DE LA BIOTIPOLOGIA HUMANA".

Comisión para el Estudio de la Anemia en Puerto Rico.

Durante el mes de junio llegó a San Juan una comisión compuesta por los Doctores Castle, Rhoades, y Lawson. Esta Comisión trabaja en el Hospital Presbiteriano donde hacen estudios especiales de las Anemias en Puerto Rico. La Comisión fué enviada por la Universidad de Harvard y se quedará en Puerto Rico varios meses mientras termine este estudio. Se suplica a los médicos de Puerto Rico que cuando tengan casos interesantes de anemia o sprue se pongan a la voz con esta Comisión quien habrá de agradecer cualquier cooperación que reciba de la Asociación Médica y de los médicos.

De vacaciones.

Durante las últimas dos semanas varios médicos, miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, se encontraban en la ciudad de Ponce en servicio activo en la Guardia Nacional a la cual pertenecen. Entre éstos se encontraban los Dres. E. Silva, A. de Juan, E. Balasquide, M. Pavía Fernández y Luis de la Vega. El Dr. Costa Mandry, Secretario de la Asociación Médica, también pasó una semana en el campamento a invitación de estos distinguidos compañeros.

Reunión de la Facultad del Hospital Mimiya.

Durante el mes de julio tuvo lugar en el Hospital Mimiya una reunión de la facultad de dicha institución. El Dr. Ramón Suárez presentó un caso sumamente interesante y obsequió con esplendidez a todos los concurrentes a dicha reunión.

Tribunal Examinador de Médicos.

El Hon. Gobernador de Puerto Rico a propuesta de la Asociación Médica de Puerto Rico ha nombrado a los siguientes compañeros para formar el Tribunal Examinador de Médicos:

Dr. N. Quiñones Jiménez,
Dr. P. Morales Otero,
Dr. A. Ortiz Romeu,
Dr. Jenaro Barreras,
Dr. César Domínguez.
Dr. J. H. Font,
Dr. Manuel Astor.

La primera reunión de esta Junta tuvo efecto el día 15 del presente mes y se designó al Dr. Quiñones Jiménez, Presidente y al Dr. Ortiz Romeu, Secretario de la misma.

Dr. José Noya Benítez.

Recientemente regreso de Estados Unidos para establecerse definitivamente en San Juan el Dr. José Noya Benítez. Actualmente ocupa el cargo de Médico Residente del Hospital Mimiya.

Dr. José Alonso.

Se encuentra de paso en San Juan este distinguido compañero quien es cirujano ayudante del West Side Hospital de Nueva York.

Dr. Marta Robert.

El primero de julio fné nombrada por el Dr. Antonio Fernós Isern, Comisionado de Sanidad de Puerto Rico para ocupar el cargo de Directora de la División de Higiene Infantil.

Asociación Médica de los Hospitales de Bahía, Brazil.

La Asociación Médica de los Hospitales de Bahía, Brazil, acaba de nombrar la nueva directiva que regirá los destinos de dicha Asociación durante el próximo año.

La Asociación Médica de Puerto Rico felicita a la Asociación Médica de Bahía, Brazil, y está segura que la nueva directiva habrá de llevar al éxito a dicha Asociación.

Presidente..... Dr. Galdino Ribeira
Vice-Pdte.... Prof. Armando S. Tavares
Secretario Gral.. Dr. Eduardo de Araujo
Primer Secretario ..Dr. Orlando Ribeiro
Segnudo Secretario... Dr. José Silveira
Tesorero ..... Dr. Ed. Sá Oliveira

Asociación Médica de Wyoming.

Hemos recibido atenta invitación para la vigésima novena sesión anual de la Asociación Médica del estado de Wyoming que tendrá lugar en Rawlings, Wyomings, durante julio 13 y 14 de 1931.

El programa de dicha rennión es en extremo interesante.

Agradecemos la invitación y lamentamos no poder concurrir al acto.

Vista Pública en la Comisión de Servicio Público.

El lunes 31 de agosto a las 2:30 de la tarde en el salón de actos de la Comisión de Servicio Público, se llevará a efecto una vista pública de la Asociación Médica de Puerto Rico protestando contra la Compañía del Teléfono por cobrar a los médicos una cuota adicional por poner su título con el nombre de éstos.

Esperamos que todos los médicos de San Juan y los de los pueblos limítrofes que les sea posible asistan a esta reunión para presentar sus argumentos en contra de esta imposición de la Compañía del Teléfono.

REVISTA DE REVISTAS

Garrido Morales E. and Costa Mandry O.

Mechanism of Natural Immunity to Diphtheria Preliminary report of experiments in Porto Rico.—Am. Jr. Hygiene. July, 1931. XIV 1:89-98.

Los autores hacen primeramente un estudio de la literatura médica con respecto a la inmunidad específica contra la difteria, citando las opiniones de distintos autores. Dan un resumen de los principales factores en esta inmunidad de acuerdo con las ideas de los diferentes autores. Los argumentos presentados son, a juicio de los autores, convincentes pero sólo conocen de un caso en la literatura médica demostrando que la inmunidad adquirida contra la difteria es debido a infecciones subclínicas con bacilos diftéricos virulentos, pero esta aseveración se basa sólo en cuatro casos.

Los autores en el presente trabajo llevan a cabo un estudio en los niños de la Escuela Lincoln de San Juan examinando culturalmente la garganta y haciendo pruebas de Shick semanalmente y cada dos semanas en todos estos niños. Aquellos bacilos diftéricos aislados de la nariz o garganta de estos niños fueron probados para virulencia por medio del método intradermal en curieles.

Citamos a continuación las interesantes conclusiones de este importante trabajo:

1—Las pruebas de Shick en 642 niños en una de las escuelas públicas de San Juan, P. R., demostraron un porcentaje de Shick negativo mayor que el que generalmente ocurre en niños de las mismas edades en New York, Baltimore y otras ciudades de Norte América. Esto está de acuerdo con observaciones anteriores hechas en los trópicos.

2—El examen bacteriológico hecho de las gargantas de estos niños demostró que 1.4% de ellos eran portadores de organismos virulentos y 5.8% de organismos avirulentos. La infección en estos portadores tanto con bacilos virulentos como avirulentos era más frecuente en los Shick-positivo que en los Shick-negativo.

3—Examen bacteriológico de los 191 niños que se escogieron originalmente, y repetidos semanalmente por un período de tres meses demostró un total de portadores de bacilos virulentos de 13.4, y de bacilos avirulentos de 21.6. Todos aquellos que portaban bacilos virulentos también portaron anteriormente y posteriormente bacilos avirulentos.

4—Durante los tres meses del estudio, reacciones Shick-negativo aparecieron en 85% de los casos que tenían bacilos virulentos, en 12% de aquellos que eran portadores de organismos avirulentos y en 9.5% de los casos en que no se aisló el bacilo diftérico.

5—20 de los 22 portadores de bacilos virulentos que desarrollaron un Shick-negativo antes de junio 30 se volvieron a examinar de tres a cinco meses más tarde. 80% de los 20 examinados eran todavía Shick-negativo mientras el resto eran Shick-positivo.

6—La efectividad y durabilidad de una reacción Shick-negativo desarrollada después de demostrar la infección con organismos virulentos tiene alguna relación con el grado de toxicidad de los cultivos.—**R. M. S.**

THREE OUTBREAKS OF FOOD POISONING APPARENTLY DUE TO B. ENTERITIDIS, B. PARATYPHOSUS B (AERTRYCKE TYPE), AND B. PARATYPHOSUS A, RESPECTIVELY.

PUBLIC HEALTH REPORTS
Vol. 46 July 1931 No. 27

En este trabajo se presentan tres brotes epidémicos de infecciones intestinales debidos a substancias alimenticias. Los síntomas en estos brotes eran más o menos similares. Dos de los brotes ocurrieron en hospitales.

1—J. C. Geiger, Margaret Nelson, and J. P. Gray—Outbreak at Sacramento, California.

En este brote se presenta el estudio de 35 casos que desarrollaron síntomas gastro-intestinales después de asistir a un banquete en Sacramento, California. Los síntomas de que se quejaron los pacientes afectados fueron: náusea, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Algunos se quejaron de dolores de cabeza, sensaciones de frío, mareos, tremores, debilidad y postración marcada. La presencia de fiebre no fué común en estos casos. El estudio epide-

miológico hecho de esta epidemia indicaba que una ensalada de pollo servida en el banquete al cual se supone causante de esta epidemia era la más probable de haber causado los síntomas. Estudios bacteriológicos de esta ensalada demostraron que la misma contenía una cantidad excesiva de bacterias y que entre éstas se encontraba un organismo Gram negativo ligeramente motil y que culturalmente y serológicamente era idéntico al bacilo enteritidis. Se produjeron síntomas y muertes en animales inoculados a través del canal gastro-intestinal e intraperitonealmente con emulsiones de la ensalada.

2—J. G. Geiger, Margaret Nelson and F. Firestone—Outbreak at M. Z. Hospital, San Francisco.

Este brote ocurrió en un hospital y hubo más de 200 casos. El cuadro clínico era como sigue:

Náusea, luego vómitos de grandes cantidades de alimentos sin digerir, dolores abdominales intensos, y diarrea acompañada en algunos casos con sangre. También ocurrió sudor, dolor en las rodillas y piernas, pulso rápido y postración. El estudio epidemiológico practicado indicaba que este brote de envenenamiento por substancias alimenticias parecía ser causado por un pudín de arroz que fué servido en el Hospital. El examen bacteriológico del pudín demostró la presencia del bacilo paratífico (Baertrycke). Un dato muy interesante es el hecho de que la cocina donde fué preparado este pudín había sido visitada dos días atrás por un agente de una firma de "polvos" para la exterminación de ratones y habían usado este polvo con la idea de matar estos animales. Inoculación experimental dando a comer el pudín e inyectando una emulsión de éste a animales produjo síntomas característicos en éstos.

3—J. C. Geiger, Margaret Nelson and H. L. Wynns.

Este brote epidémico también ocurrió en un hospital de California. Cincuenta y dos personas sufrieron de los síntomas característicos del brote epidémico. Un caso murió. La epidemia se supone haber sido causada por un plato especial que contenía huevos (egg-souffles) Este plato fué preparado y servido a los pacientes del hospital y la parte que sobró se guardó en la nevera y fué servida al otro día a un grupo de los pacientes. El alimento servido el primer día no produjo síntoma alguno pero al segundo día todos los que comieron el alimento fueron afectados de síntomas característicos. El estudio bacteriológico de este alimento demostró la presencia de un organismo "paratifico A." Las evidencias epidemiológicas indicaban que la contaminación del alimento era causada probablemente por un portador humano o animal. El estudio de las heces fecales de los encargados de la preparación del alimento reveló en uno de ellos la presencia de un organismo similar al aislado del alimento.

Discusión de estos brotes epidémicos.

El autor presenta una discusión muy interesante aunque breve de estos tres brotes. Brotes epidémicos causados por la presencia de "B. enteritidis" como ocurrió en el primer brote descrito son raros en los Estados Unidos pero frecuentes en Europa e Inglaterra. Muchos autores informan la presencia de estos organismos en los alimentos que causan estos brotes, tales como carne, leche, crema, pudín de arroz, platos especiales con pollo, lengua, o sandwiches de carne. Estos casos generalmente ocurren cuando el alimento usado es carne, especialmente de res o de cerdo. La evidencia que tenemos nos indica que los alimentos contaminados con este organismo no están descompuestos, su sabor no cambia y no tienen mal olor alguno. Se acepta que en muchos casos la contaminación ocurre debido a portadores del organismo tales como ratones o arrieros. Muchos de los casos que se han informado se han podido trazar al uso de polvos o viruses a base de bacilos enteritidis vivos usados en la exterminación de ratones. En el segundo brote el organismo aislado fué el bacilo paratífico B (aertrycke.) Este organismo es el más común en las infecciones causadas a través de substancias alimenticias. Es un patógeno común en el canal gastro-intestinal de animales domésticos. Hay un gran número de casos informados tanto en Estados Unidos como en Europa e Inglaterra. Este organismo también se ha usado últimamente en la preparación de polvos o viruses para la exterminación de los ratones. En el tercer brote se aisló un organismo del grupo paratífico A. Este organismo es menos común en este tipo de casos que los otros dos—**O. C. M.**

Souza-Araujo de, H. C. Experimental Leprosy Trans. of the Roy. Soc. of trop. Med. and Hyg.—April 1391—Vol. XXLV: 577.

En febrero de 1928 el autor intentó por vez primera de transmitir la lepra de los humanos a animales de laboratorio, poniendo en práctica **"ab-initio"** el método recomendado por el profesor JOHN REENSTIERNA (1926) usando emulsiones frescas de pedazos de tejidos leprosos para inoculación en los animales.

En los experimentos llevados a cabo con el material leproso, de los 59 arrieros inoculados, 5 no fueron examinados, 5 dieron resultados negativos, y 50 demostraron la presencia de bacilos ácido-resistentes en los órganos o humores de sus cuerpos. De estos 50 arrieros, 31 demostraban la presencia de pequeños nódulos, 3 de tumores y 7 de pequeños abscesos. Uno de los arrieros presentaba 3 nódulos cutáneos uno de los cuales estaba acompañado de una alopecia y otro animal demostró una hydronefrosis. También inoculó el autor 25 ratas blancas. De estas se examinaron 18 de las cuales 6 presentaron resultados negativos y 12 (66.6%) demostraron la presencia de bacilos ácido-resistentes, 2 de ellos desarrollaron nódulos y 2, pequeños abscesos. De 13 curieles inoculados se hizo la autopsia de solamente 7 y 6 de éstos (85%) demostraron la presencia de bacilos ácido-resistentes en los órganos internos. No se notó la presencia de tumores, nódulos, o abscesos en estos curieles.

Tres monos de la familia **Macacus rhesus** que habian sido usados con anterioridad en investigaciones de fiebre amarilla dieron resultados negativos a la inoculación de 2 cc. de material leproso; y el autor se hace la pregunta de si la inmunidad de estos animales hacia fiebre amarilla pudiese en algún sentido dar también alguna inmunidad hacia lepra. En un mono **Pseudocebus**, tanto la primera inoculación como la segunda fueron positivas. Un mono M. rhesus demostró la presencia de un nódulo con ligera alopecia en la frente. Estudios microscópicos hechos de "frotis" de este nódulo demostraron bacilos ácido-resistentes pero los órganos internos tenían una apariencia normal y no contenian bacilos ácido-resistentes.

De 11 arrieros inyectados con material de arrieros infectados 6 dieron resultados negativos y 2 resultados positivos en un período de tiempo de 40 a 55 dias. En uno se demostró la presencia de un nódulo con alopecia en la espalda y 2 nódulos blancos en la cavidad peritoneal. Se demostró la presencia de bacilos ácido-resistentes en los nódulos y en el hígado del animal. Un ratón blanco inyectado con una emulsión de los órganos de otro ratón infectado desarrolló un nódulo cutáneo en el sitio de la inyección y en este nódolo se demostró la presencia de muchos bacilos ácido-resistentes.

Si el material leproso se mezcla con alcohol etilico el material pierde su virulencia y no infecta cuando se inyecta a otros animales. Si se mezcla con una solución de formalina al 10% ésta no le afecta en nada y la inoculación produjo nódulos sub-cutáneos a alguna distancia del sitio de la inoculación en 3 de los animales inyectados. Estos nódulos contenían numerosos bacilos ácido-resistentes. El hígado y riñones de estos animales también demostraron la presencia de bacilos ácido-resistentes. Se hirvió una emulsión de tejido leproso por una hora y luego se inyectó a 5 arrieros. Estos murieron o se mataron de 20 a 90 días más tarde. En todos se demostró la presencia de bacilos ácido-resistentes en grupos en las células o en los tejidos del cuerpo. Dos de estos 5 animales presentaron pequeños gránulos en la cavidad peritoneal. Cuatro curieles fueron inyectados en igual forma con material también hervido. De los 4 uno no se pudo examinar, 2 dieron resultados negativos, y uno que murió a los 17 días de la inyección presentó solamente un nódulo que contenia organismos acido-resistentes en grandes cantidades.

—R. M. S.

Neuralgias

THE neuralgic patient's first and urgent appeal is for speedy relief from suffering. No analgesic affords so prolonged alleviation of pain as PYRAMIDON.

A single administration is usually sufficient to assure comfort for many hours. This is accomplished without any depressing effects upon the heart and respiration.

Most pains—rheumatic, gouty, neuritic — yield promptly to Pyramidon. Its value has long been established in headache, migraine, sciatica, lumbago, toothache, arthritis, as well as in dysmenorrhea.

DOSE: For adults, one 5-grain tablet or 2 teaspoonfuls of Elixir of Pyramidon, repeated when pain recurs. For children of 5 years, one 1½-grain tablet or ½ teaspoonful of Elixir.

How Supplied: Tablets of 5 grains (tubes of 10 and bottles of 100). Elixir of Pyramidon—2½ grains per teaspoonful — in 4-ounce bottles.

Be sure your patient gets the dependable original product—Pyramidon.

PYRAMIDON

BRAND OF AMIDOPYRINE

TABLETS AND ELIXIR

Pamphlet on request.

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 VARICK STREET, NEW YORK, N. Y.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.



Ensáyela GRATIS

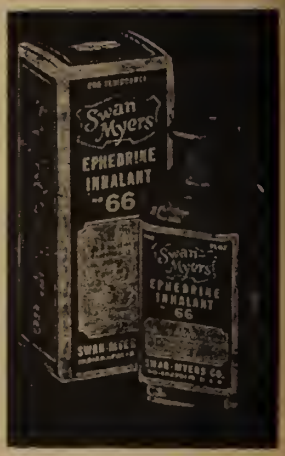
. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestésico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE
Inhalant, No. 66

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R.

Indigestión .....
o buena asimilación

A ESTO se reduce muchas veces el problema entre el empleo del aceite de hígado de bacalao, o de una perfecta emulsión.

Porque en muchos de los casos, los individuos que necesitan este valioso aceite, dificilmente pueden digerirlo en su forma natural. Mientras que en la Emulsión de Scott el más puro aceite perfectamente refinado, se ofrece al organismo en forma relativamente fácil de digerirse y absorberse.



Barco pesquero típico Noruego, dedicado a la pesca del bacalao en las aguas de Balstad, Islas Lofoten, y sus cercanías

Para corregir ciertas fases de deficiencia en el metabolismo y abastecerle de valiosas vitaminas, nuestro producto merece su completa confianza.



EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.



Leche humana. Leche cruda de vaca. Dryco.

Como este polvo se coagula en copos fríos y pequeños, semejantes a los de la leche materna, es de una digestión fácil.

Dr. Muls de Bruselas.

Estas figuras demuestran la manera cómo la leche cruda de vaca forma cóagulos duros e indigestos en el estómago de un niño, en comparación con la leche humana y la leche DRYCO que obran de un modo análogo, dando lugar a la formación de pequeños coágulos fácilmente digeribles.

DRYCO

(La Leche Segura)

ES IGUAL QUE LA MATERNA

La leche ordinaria de vaca forma en el estómago del niño coágulos voluminosos y duros, cosa que no ocurre con la leche DRYCO, que obra exactamente como la leche materna, transformándose en contacto con los jugos digestivos en pequeños y finos copos que son fácilmente DIGERIBLES.

La leche en polvo DRYCO ocupa poco volumen porque prácticamente ha sido extraída toda el agua por medio de una rápida evaporación y su digestibilidad está aumentada gracias al proceso de desecación. La mayor digestibilidad es consecuencia del cambio coloidal de la proteina (caseina) de la leche, que hace imposible la formación de VOLUMINOSOS y compactos coágulos durante la digestión gástrica.

MUESTRAS Y FOLLETOS GRATIS A LOS SRES. MEDICOS.

THE DRY MILK CO. NEW YORK

AGENTE GENERAL PARA PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG, Apartado 433—Teléfono 281—San Juan P. R.

¡ALGO MAS QUE UNA SIMPLE PREPARACION DE HIERRO!



La inestimable eficacia del hierro, más la Vitamina B y otros agentes reconstituyentes.

EN el Neoferrum el médico tiene a su disposición una preparación ferruginosa que activa una muy rápida regeneración sanguínea.

Ha dado los más rápidos y satisfactorios resultados en las anemias y clorosis y en las deficiencias sanguíneas en general acompañadas de desnutrición y adinamia, restaurando el vigor, el apetito y el color.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28 %
Manganeso Elemental	0.066 %
Acido Arsenioso	0.0007%
Maltina	30.00 %
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00 %
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00 %
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00 %

El Neoferrum corrije no solamente el empobrecimiento sanguíneo, sino que, por su abundancia de Vitaminas B, mejora el apetito, acelera la nutrición y fortifica el organismo debilitado contra las infecciones.

El Neoferrum suministra el hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos—hierro orgánico que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso, es especialmente eficaz como regenerador de la sangre.

El Neoferrum no es astringente, es fácilmente asimilable, ligeramente laxante y agradable al paladar. Tiende a corregir la acidosis y no mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se despacha solamente por receta facultativa. A solicitud se enviarán informes clínicos específicos y muestras. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NB
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

Para impresos de todas clases,
Efectos de Escritorios. -:- Sellos de Goma.
Trabajos de Litografía y en Grabado
Rayados y Encuadernaciones
de todas clases.
Libros de texto y Recreativos
---y---
Muebles para oficinas.

Cantero Fernández & Co., Inc

IMPRESORES, GRABADORES
Y LITOGRAFOS.
SAN FRANCISCO No. 49, — CALLE ALLEN No. 48,
SAN JUAN, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de COLE No. 18.

(Compuesto de secretina y páncreas)

Páncreas (isletas de Langerhans)	3 grs.
Pituitaria (íntegra)	⅛ gr.
Secretina	1 gr.
Vaccinium myrtillus (Blue Berry)	½ gr.
Preparado Remineralizante de de Cole No. 12	q.s.

Recete:—Compuesto Endócrino de Cole No. 18 (Compuesto de secretina y páncreas). Una cápsula tres veces al día después de las comidas; luego cuatro cápsulas al día; y más tarde dos cápsulas, tres o cuatro veces al día.

Indicaciones: diabetes azucarada.

Nota: al administrar este tratamiento conviene comenzar con una dósis pequeña, aumentándola gradualmente hasta obtener los resultados que se buscan. La cantidad depende de la tolerancia de carbohidratos del paciente y de la fijeza del nivel de azúcar en la sangre. Las isletas de Langerhans, que contiene esta fórmula aumentan la tolerancia de azúcar, la substancia de las amígdalas tiene un efecto benéfico e indirecto sobre la glicolisis y los Preparado Remineralizante de Cole No. 12 (compuesto neutralizante de sodio y potasio), remineralizan la deficiencia alcalina que generalmente se presenta en el caso de la diabetes azucarada.

Compuesto Endócrino de COLE No. 19

(Compuesto tiro-pituitario)

Substancia tirodea	½ gr
Pituitaria (íntegra)	⅛ gr
Fitolacina	½ gr.
Apocynum (P. E.)	¼ gr.
Preparado Remineralizante de Cole No. 12	q.s.

Recete:—Compuesto Endócrino de Cole No. 19 (Compuesto tiro-pituitario). Una o dos cápsulas tres o cuatro veces al día.

Indicaciones: obesidad.

Nota: la tiroides y la pituitaria, ambas, tienen que ver con el metabolismo. El hiperfuncionamiento de cualquiera de ellas resulta en la disminución y lentitud del metabolismo. Combinando a las dos glándulas mencionadas con la fitolacina, el apocynum y los Preparado Remineralizante de Cole No. 12, se han obtenido resultados que son muy satisfactorios.

COLE CHEMICAL COMPANY
ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**
Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.

ANGOSTURA
o
Dr. SIEGERT'S

EL SABOR FAMILIAR QUE EFICAZMENTE OCULTA LAS MEDICINAS DESAGRADABLES — TONIFICA EL METABOLISMO Y AUMENTA EL APETITO.
ELIX. ANG. — q. s.

Pida una muestra.

J. W. WUPPERMANN
ANGOSTURA BITTERS AGENCY, INC.
Suite O, 14 East 46th St., New York.

TABLETAS DE PANCREATINA

CON CAPA ENTÉRICA

PANTERIC*

PANTERIC COMPUESTAS†

PARKE - DAVIS

*Pancreatina de triple fuerza (tres veces la fuerza de la F.E.U.), 0.300 grm.

†Pancreatina de triple fuerza..0.26 grm.
Glicocolato de Sodio .....0.05 grm.
Taurocolato de Sodio .....0.05 grm.

*Utiles en la diabetes, colitis fermentativa, para individuos con peso subnormal y en lo general en casos a cuya mejoría contribuya la corrección de la digestión intestinal defectuosa.

†Utiles en casos que requieran, además de pancreatina, sales biliares, las cuales ayudan a asimilar las grasas y las proteínas y disminuyen la propensión a la putrefacción del contenido intestinal.

AMBAS SE SUMINISTRAN EN FRASCOS DE 50

Control endérmico de la fiebre en la Escarlatina

Los médicos se dan cuenta de la necesidad de reducir la fiebre en esta enfermedad por medio de drogas anti-febriles administradas localmente.

EL EMPLASTRO *Numotizine*

de una fórmula científicamente equilibrada es de valor inestimable porque produce el efecto deseado, se absorbe a través de la piel y no causa trastornos gastro intestinales. Mejora el dolor la inflamación y la congestión en otras condiciones tales como nacidos, abcesos, torceduras y traumatismo externo. Para muestras y literatura diríjase a

NUMOTIZINE INC.

220 W. Ontario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).

Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.



Año XXIII. Número 192.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

SEPTIEMBRE, 1931.

Ave. Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Entered as second-class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
11 AUG 1936

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 315

Resolución de la Cámara de Delegados, regulando el sueldo de los Médicos titulares 320

Un caso de Dextrocardia, transposición de otras vísceras y estenosis de la válvula pulmonar 322
Dr. E. Martínez Rivera.

Annual Report of the Biological Laboratory 325
Dr. O. Costa Mandry.

Reglamento de la Asociación Médica de Puerto Rico, aprobado en Asamblea extraordinaria en San Juan el 29 de junio de 1924 347

Noticias Médico-Sociales 354

Revista de Revistas 357

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO FERNANDEZ & CO. INC. SAN JUAN

Latest Treatment of
MALARIA

Prevents relapses and spread of infection

THE destructive action of Plasmochin upon the gametes — responsible for the spread of malarial infection — has been emphasized in more than 400 publications throughout the world. Its value in the reduction of relapses has also been clearly established.

The association of Plasmochin with quinine assures rapid subsidence of the acute symptoms, eradication of all parasites, marked decrease in recurrences, and greatly reduced incidence of malarial infection. Accumulated experience has shown that these two agents are most effective when given in the proportion of 30:1, and that a daily dose of 1/2 to 2/3 grain of Plasmochin is sufficient for adults. This favorable ratio is represented by Chinoplasmin.

Chinoplasmin is supplied in tablets containing 0.005 Gm. (1/12 grain) Plasmochin and 0.15 Gm. (2½ grains) quinine sulphate, in bottles of 100 tablets.

Chinoplasmin Dosage: Adults, 6 to 8 tablets daily—Children 1 to 5 years old, 1 or 2 tablets daily—Older children, 3 or 4 tablets daily. Chinoplasmin is best given after meals. Treatment is continued for two to three weeks.

In cases of idiosyncrasy to quinine, Plasmochin (plain) is employed. Supplied in tablets of 0.02 Gm. (1/3 grain), bottles of 25. Dose for adults, 3 tablets a day.

CHINOPLASMIN
TRADE MARK.

PLASMOCHIN
Reg. U. S. Pat. Off.
Brand of AMINOQUIN

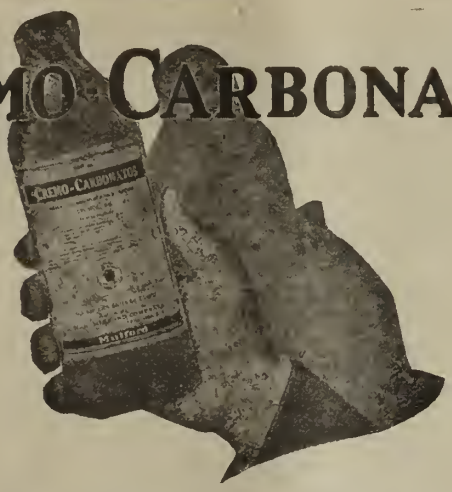
Winthrop Chemical Company, Inc.

170 VARICK ST., NEW YORK, N. Y.

WINTHROP QUALITY HAS NO SUBSTITUTE.

Fr. SCHOMBURG, Agent in Porto Rico—80 Luna St.—Tel. 281, San Juan, P. R.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

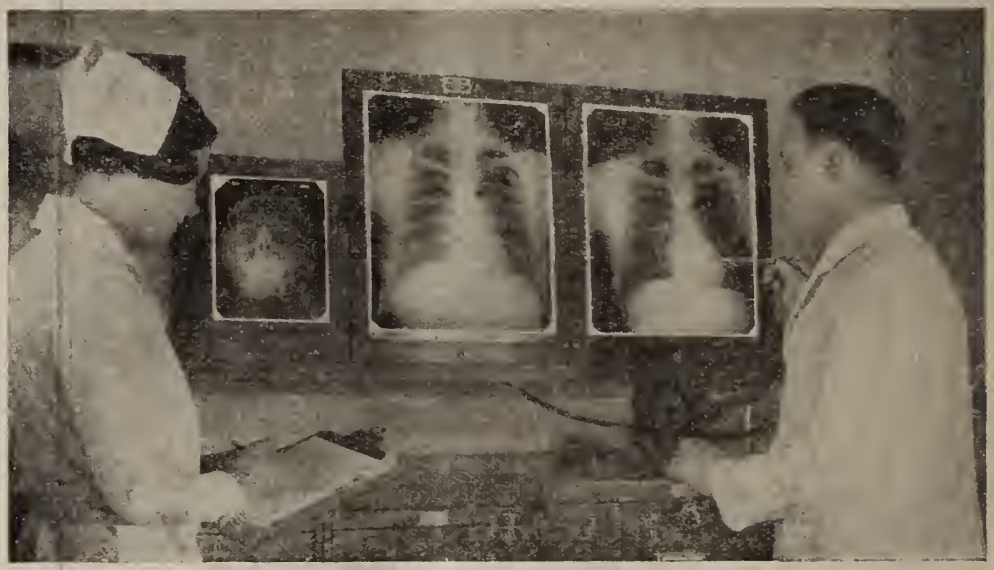
El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A. 9114



LAS RADIOGRAFIAS REQUIEREN EL MAXIMO DE SENSIBILIDAD

AMAS corta exposición, mejores radiografías se obtienen, porque es menor el peligro de movimiento de parte del paciente. En los casos en que no es conveniente acortar el factor tiempo, el poder iluminativo puede ser reducido. Uno u otro procedimiento causan menos desgaste en equipos costosos.

Las Películas Eastman *Ultra-Speed* y *Diaphax* para Radiografías, merced a su gran sensibilidad, permiten acortar la exposición.

Estas películas no requieren cambio alguno en su manejo y pueden obtenerse con base de *Seguridad* o al Nitrato. La *Diaphax* ofrece además la ventaja de poderse examinar el negativo ya delante una ventana o mediante un negatoscopio corriente.

EASTMAN KODAK COMPANY

ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Durante la época canicular,—

cuando los rayos del sol  abrasan

y se vive como en un constante baño turco,  se sufre de exceso de diaforesis  se bebe agua  en demasía (lo que aumenta la transpiración) y el resultado es con frecuencia el estreñimiento. De lo que se deduce la necesidad del  AGAROL.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

El Agarol impide la excesiva desecación del contenido intestinal al procurar una humedad inabsorbible. Y he ahí el primer paso para corregir el estreñimiento.

Muestras gratuitas a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc. 113 W. 18th Street, NEW YORK, N. Y., E. U. A.

La Popularidad del
MERCUROCROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)
Marca Registrada

entre la clase médica ha despertado la codicia de los imitadores, que ya están tratando de substituir drogas de apariencia similar, pero de composición altamente tóxica.

Estas imitaciones perjudican nuestros intereses materiales mientras contravienen las leyes de marcas y patentes, pero lo que es aún más importante, ellas peligran la *salud pública* y el *prestigio de los facultativos.*

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

En casos de
ENDOMETRITIS
VULVITIS
CISTITIS
SALPINGITIS
OVARITIS.



Antiphlogistine

presta un servicio especial causando, por razón de su marcada propiedad higroscópica, una transudación serosa abundante.

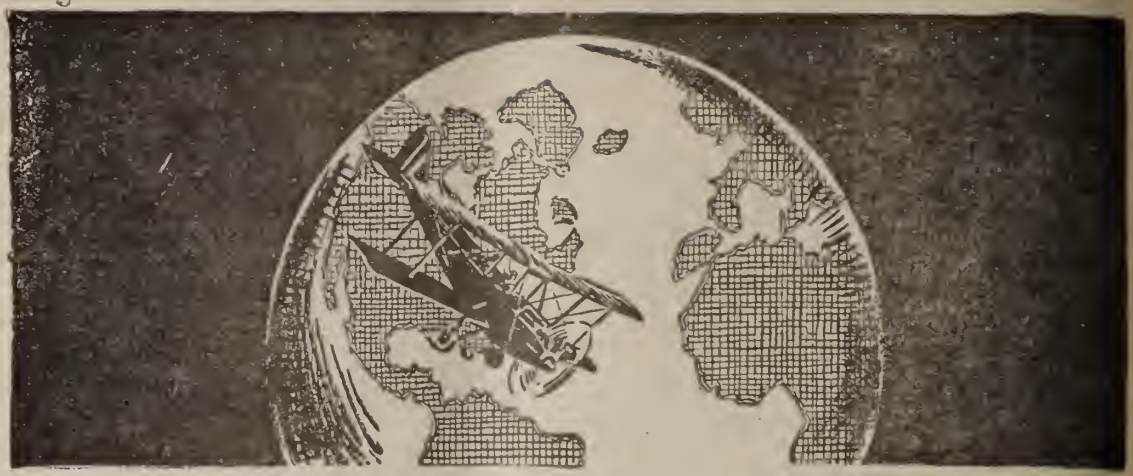
La ANTIPHLOGISTINE, con su contenido de 45% de glicerina químicamente pura, también se adapta idealmente para el tapón vaginal, combinando el soporte mecánico necesario con la acción prolongada de la glicerina. Obstétricos y ginelogos notables conocen su valor práctico para aquellos casos donde una pronta acción depletiva es considerada de importancia. La ANTIPHLOGISTINE es antiséptica, no irrita, y por medio de su poder termogenésico, se puede confiar en que producirá y mantendrá calor húmedo por más tiempo que cualquier otra preparación a la disposición de la profesión médica.



Enviaremos gustosamente a los médicos que lo soliciten, junto con una muestra, nuestro folleto titulado: "Embarazo—sus signos y complicaciones."

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY . . . . . New York.

LUIS GARRATON, Box 1541, San Juan.



Si Usted Recibiera Su Leche por Aeroplano

SE consideraría usted afortunada si un aeroplano pudiera traerle leche pura y fresca de los mejores establos del mundo? Usted se alegraría de poder conseguir tal leche para sus niños, segura de sus cualidades alimenticias y de su pureza.

KLIM le llega exactamente tan pura y fresca como si fuera leche enviada por aeroplano. KLIM es leche proveniente de establos situados en fértiles praderas. Por medio de un milagro de la ciencia moderna se le extrae siete octavos de agua, unas pocas horas después de ordeñada, dejando solamente las partes sólidas en forma de polvo. Empacada en latas a prueba de aire, está perfectamente protegida. Se conserva fresca y agradable aún después de abierta la lata, sin necesidad de hielo.

Devuélvale el agua a KLIM y obtendrá leche pura, fresca y rica en crema y demás sustancias alimenticias.

Por ser KLIM de fácil digestión y un alimento sano y uniforme, es la leche ideal para los niños. Su conveniencia y sabor hacen que KLIM sea también ideal para cocinar.

Deje que KLIM le resuelva hoy el problema de la leche.



Representantes:

PLAZA PROVISION COMPANY

San Juan, Puerto Rico.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXIII. SEPTIEMBRE, 1931. NUM. 192.

EDITORIAL

EL ANUNCIO PROFESIONAL

Velando siempre por los intereses de nuestra clase y por la vida y salud de nuestro pueblo, la Asociación Médica de Puerto Rico ha emprendido en el pasado numerosas campañas en bien de nuestros asociados no deteniéndose ante los innumerables obstáculos que a su paso se oponían.

En este momento tócale a la Asociación Médica de Puerto Rico terminar la campaña empezada en el 1927 contra aquellos miembros de nuestra clase que sin escrúpulos de ningún género y a ciencia y paciencia nuestra, violan día tras día todos los principios de ética profesional en cuanto a anuncios se refiere y a costa de éstos quieren hacerse crear una reputación en el país.

La Asociación Médica cuenta con armas poderosas para esta cruzada y debe usarlas en todo momento. El Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico y el Journal de la Asociación Médica Americana, publicaciones serias que tienen extensa circulación, están a la disposición de la Asociación Médica para publicar en letras de molde los nombres de aquellos médicos que sin escrúpulos de ningún género se anuncian en algunos casos de una manera inmoral haciendo reclamos de especialidades que no poseen y ganando méritos a base de falsedades y mentiras.

Nuestra Asociación debe expulsar de su seno a estos compañeros y proclamar públicamente las razones que tiene para ello.

A continuación publicamos lo que dice el manual de ética de la Asociación Médica Americana con respecto al anuncio profesional.

PRINCIPIOS DE ETICA MEDICA

Asociación Médica Americana

CAPITULO II.

ANUNCIOS

Sección 1:—Solicitar pacientes valiéndose de circulares o de anuncios, o por medio de comunicaciones o entrevistas que no están justificadas no es profesional. Tampoco lo es procurarse clientes por mediación de solicitadores o agentes de cualquier clase, por anuncios indirectos, proporcionando o insertando comentarios en la prensa diaria y en los magazines, relativos a casos en los cuales el médico ha estado o está interesado. Todo lo que parezca alabanza propia es contrario a la tradición de nuestra clase y rebaja el tono de la profesión y es por lo tanto antiético e intolerable. El mejor anuncio y el más efectivo, aún para los médicos jóvenes, es conquistarse una bien cimentada reputación de habilidad y fidelidad profesional.

Esta no se puede forzar, sino que debe ser

el resultado del carácter y la conducta de un médico. La publicación o circulcaión de tarjetas simples, correspondientes, profesionales, siendo un asunto de gusto personal o de costumbre local y algunas veces de conveniencia, no es "per se" impropio. Como es de suponerse no seria profesional ni ético no considerar las costumbres locales u ofender ideales reconocidos con la publicación o circulación de tales tarjetas.

Es antiprofesional y antiético prometer curas radicales; alabarse de curaciones y de métodos de tratamiento, de remedios secretos, exhibir certificados de habilidad o de cursos especiales en distintas ramas de la profesión, de jactarse en el tratamiento de enfermedades, o emplear cualquier otro medio de hacerse de clientes.

"Sec. 4—Solicitation of patients by circulars or advertisements, or by personal communications or interviews, not warranted by personal relations, is unprofessional. It is equally unprofessional to procure patients by indirection through solicitors or agents of any kind, or by indirect advertisement, or by furnishing or inspiring newspaper or magazine comments concerning cases in which the physician has been or is concerned. All other like self-laudations defy the traditions and lower the tone of any profession and so are intolerable. The most worthy and effective advertisement possible, even for a young physician, and especially with his brother physicians, is the establishment of a well-merited reputation for professional ability and fidelity. This cannot be forced, but must be the outcome of character and conduct. The publication or circulation of ordinary simple business cards, being a matter of personal taste or local custom, and sometimes of convenience, is not per se improper. As implied, it is unprofessional to disregard local customs and offend recognized ideals in publishing or circulating such cards. It is unprofessional to promise radical cures; to boast of cures and secret methods of treatment or remedies; to exhibit certificates of skill or of success in the treatment of diseases; or to employ any methods to gain the attention of the public for the purpose of obtaining patients."

Esta campaña en contra del anuncio profesional la libró la Asociación Médica en el 1927 y 1928, con ánimo, ahinco y entusiasmo, pero al ver coronado de éxito su trabajo se descuidó y las cosas han vuelto para atrás. Publicamos a continuación un editorial del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, número de febrero de 1927, año 21 No. 155, suscrito por el Dr. E. García Cabrera, editor asociado de la Junta de Publicación del Boletín de aquel entonces.

> Desde hace varios años viene la Asociación Médica de Puerto Rico luchando por establecer en la isla los principios de ética profesional dignos de los altos conceptos filosóficos en que fué inspirada la medicina, y en los que ha de continuar inspirada como manantial de caracteres y gran hacedora de hombres dignos de su historia.
>
> Hace poco fué designada una comisión compuesta por elementos de gran valer como profesionales y de un alto prestigio moral. Estos compañeros, después de estudiar con la ecuanimidad propia de sus grandes corazones, un asunto que, por tratarse de romper moldes viejos no era nada fácil, dictaron sabias condiciones referentes a la manera como debían redactar sus anuncios los médicos.
>
> Casi todos los compañeros que tienen el debido respeto por lo que la profesión representa, acataron con gran contento y satisfacción, *lo que creyeron una solución a la bochornosa situación creada por los mercaderes de la ciencia médica*, quienes lejos de guardar siquiera la forma en la redacción de sus anuncios, habían llegado a la extravagancia de anunciarse con llamativos letre

ros de bombillas eléctricas en colores, de adornar sus anuncios en la prensa diaria con floridas orlas o figuras geométricas, de llamar con nombres ultra modernos a sus clínicas o sanatorios, y, de algunos, hasta anunciarse en el cine. Esto, sin mencionar la costumbre de publicar cartas de pacientes agradecidos sacados de la sepultura por el eminentísimo y sabio galeno, quien practicara una cura maravillosa, después de haber sido visto por casi todos los médicos de la isla y desahuciado por otros tantos.

Esta situación, que creímos solucionada por el sabio dictamen de la mencionada comisión, no se modificó como era de esperarse. Los más, acataron con gusto, cábenos decir con orgullo, los sabios y bien dictados consejos de los compañeros que componían la comisión de anuncios. Continuaron los reclamos, aunque modificados.

Deseosos de llenar el cometido que les había sido impuesto por la Asociación Médica y hacerlo de una manera que llegase a producir el resultado tan apetecido, la Comisión ratificó sus recomendaciones y dictamen anteriores *haciéndolos, al mismo tiempo, extensivos a clínicas y sanatorios y otras instituciones que prestasen servicios médicos en la isla de Puerto Rico.* Este hermoso acuerdo fué discutido y aprobado por unanimidad en la sesión regular de la Asociación Médica de Puerto Rico en su Asamblea Anual celebrada en San Juan en diciembre del 1926.

Como un hombre, la clase médica portorriqueña obedeció a la resolución de su Cámara de Delegados. Al día siguiente a la Asamblea desaparecieron de los diarios, casi todos los anuncios profesionales que se venían publicando. Y digo casi todos porque aún quedan algunos.

Con gran pena de toda la profesión quedan algunos.

Quedan los del charlatán inconsciente que vive del infeliz crónico desesperado que corre de un médico a otro atraído por el llamativo anuncio y la triste promesa de curación.

Quedan otros de asociaciones de mutualismo con un falso aspecto de caridad encubridor de la mercancía con que comercian y a las cuales es incomprensible como pertenecen, dada su actual organización, elementos profesionales de alto prestigio.

Y aún quedan otros de clínicas y sanatorios cuya vida la hacen posible contratas gubernamentales efectuadas con la poca escrupulosidad de conciencia de aquellos ignorantes que envanecidos con un cargo directivo saben que un título no significa siempre santidad.

Es de esperarse que el bello gesto del cuerpo médico de Puerto Rico al suspender sus anuncios en la prensa sirva de ejemplo de ética profesional a aquellos quienes aún no han sabido comportarse a la altura de sus juramentos y promesas"

Ya no tenemos esas clínicas de que habla el editorialista y solamente un pequeño número de médicos continúa anunciándose en la prensa. Tenemos sin em-

bargo una nueva forma de anuncios profesionales, la peor de todas, la más criticable, la que bajo el antifaz y engaño de ilustrar al público en materias médicas usa la prensa diaria para publicar artículos suscritos por médicos, con el fin único de anunciarse y obtener pacientes en esa forma.

El Comité de Anuncios y Reclamos de la Asociación Médica de Puerto Rico, ante la forma y auge que está tomando esta cuestión del anuncio profesional, ha tomado cartas en el asunto y se ha dirigido a todos los médicos con una carta circular que publicamos a continuación:

"Distinguido Compañero:

El comité de anuncios y reclamos de la Asociación Médica de Puerto Rico en una reunión celebrada en la noche del 5 del corriente, resolvió escribir a cada uno de los médicos asociados que publican anuncios en la prensa, llamándoles su atención con el mayor énfasis a que están infringiendo el acuerdo vigente de no publicar anuncios, adoptado hace tiempo por nuestra asociación. Sin desconocer el derecho de cada asociado de gestionar ante la próxima reunión de la cámara de delegados que dicho acuerdo sea enmendado, el comité cree su deber insistir en que el acuerdo, mientras subsista está en vigor y debe ser cumplido por todos los asociados.

También el Comité de Anuncios preparó un "statement" para enviar a la prensa diaria explicando por qué es antiético y antiprofesional el anuncio. Es con gran sentimiento que tenemos que anunciar que los periódicos se han negado a publicar esto en la prensa dando como excusa que esto les resta negocio, pues les quita los anuncios médicos que tienen en sus rotativos. ¡Hasta qué extremo han llegado las cosas en nuestro país, hasta qué grado de mercantilismo hemos llegado! El "statement" enviado a los periódicos es como sigue:

"El Comité de anuncios y reclamos de la Asociación Médica de Puerto Rico autoriza la publicación del siguiente "statement":

Entre las múltiples razones para justificar la subsistencia del acuerdo previamente adoptado por la Asociación, de estimar el anuncio o reclamo en la prensa como infracción de universales principios de ética profesional, y de recomendar a los asociados se abstengan de publicar anuncios, este Comité tras detenida consideración, cree conveniente exponer estas razones:

1.—La práctica del anuncio, por los profesionales, contradice y desvirtúa el principio fundamental de que toda profesión liberal o científica realiza un servicio o misión social y no es un negocio o un mero *modus vivendi*.

2.—La profesión médica debe aspirar, y en Puerto Rico aspira, primariamente, a rendir buenos y eficientes servicios a quienes los necesiten, y a la vez, acrecentar con información genuina y pura el caudal de conocimientos de las conciencias médicas.

Cree, sin embargo, que el médico tiene un perfecto derecho a obtener adecuada compensación por sus servicios profesionales, así como a for-

marse una clientela en aquella sección de la comunidad que le reconoce aptitudes al reclamarle atención médica.

3.—El anuncio es un proceso de sugestión, más o menos hábil y eficaz para realzar los méritos de aquello que se anuncia. Cuando un profesional se anuncia trata de poner de relieve méritos profesionales que cree tener, ante las personas que no le conocen. Y nadie es buen juez de sí mismo. El éxito del anuncio no depende del mérito intrínsico de lo anunciado ,sino de otras circunstancias entre ellas la habilidad de preparar el anuncio, su oportunidad, la ocasión de presentarlo, etc.

La capacidad o el arte pudiera decirse, de un médico para hacer un anuncio, no es segura indicación de similar aptitud profesional. Un médico buen anunciante puede no ser un buen médico, y quien pueda sufragar el costo de un anuncio dispendioso, pudiera carecer de suficiencia profesional en aquel grado que, mediante el anuncio sutil, se sugiere. Y reunidas en una persona ambas habilidades existe la posibilidad de que predomine en su carácter el afán de lucro y no de espíritu de servicio que debe caracterizar al genuino profesional.

4.—Fundada en estos principios la Asociación Médica de Puerto Rico acordó estimar como infracción de la ética profesional y médica los anuncios o reclamos en la prensa; y por iguales motivos la prohibe también en sus reglamentos la Asociación Médica Americana, de la cual formamos parte.

Todo médico que se anuncie en la prensa, o exhiba otra clase de anuncios que la acostumbrada y permitida, o que se busque elogios a su habilidad y eficiencia, viola el acuerdo de la inmensa mayoría de sus colegas y asociados, y aquellos que no estuvieren afiliados a la Asociación, proceden contra los más elementales principios de decoro profesional.

El Comité de Anuncios y Publicidad

La Asociación Médica de Puerto Rico exige de todos sus asociados el cumplimiento fiel y estricto de la resolución aprobada por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico regulando los anuncios profesionales. Esta resolución es en sí clara y explícita y debe por lo tanto ser respetada por todos los asociados que se consideren dignos de pertenecer a nuestra noble asociación. La resolución aprobada por nuestra Cámara de Delegados dice como sigue:

RESOLUCION DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO REGULANDO LOS ANUNCIOS PROFESIONALES

RESUELVASE por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico:

Sec. 1—Ordenar y por la presente se ordena a todos y cada uno de sus asociados, el no utilizar las columnas de la prensa diaria, ni las de las revistas o semanarios, ni servirse de ningún otro medio de publicidad de igual índole para el anuncio de su profesión y especialidad.

Disponiéndose: que en las revistas o boletines médicos o en la guia telefónica de la localidad y bajo un directorio especial de médicos cirujanos, podrá inscribirse el nombre dirección, especialidad, horas de consulta del facultativo, siempre y cuando que el espacio ocupado en su directorio sea el mismo para todos los anunciantes, se siga en su agrupación el orden alfabético de habitantes y la sección tipográfica sea uniforme.

Sec. 2. Ordenar así mismo a sus asociados que el letrero o rótulo de la oficina del facultativo no debe ser mayor de 14 pulgadas de largo por 9 pulgadas de ancho y que tal letrero o rótulo deberá fijarse en la pared inmediata a la puerta de entrada de la casa o del zagnán correspondiente a dicha oficina".

En mayo 10 de 1928 la Asociación Médica de Puerto Rico a través de su Comité de Anuncios y Reclamos compuesto por los doctores Gutiérrez Igaravidez, Belaval, Bernabe, Barbosa y Rolenson, envió una circular a todos los médicos de Puerto Rico con respecto al anuncio profesional. De La Correspondencia de Puerto Rico, mayo 10 de 1928, copiamos algunos párrafos de la referida circular suscrita por los referidos médicos que dicen como sigue:

"Es indudable que en la tendencia a sustraer al médico de la costumbre del anuncio llamativo y del rótulo atrayente la Asociación Médica Americana ha dado normas sabias que de seguirse ponen a cubierta de toda crítica al profesional que desea darse a conocer en la comunidad donde ha de prestar sus servicios".

En estas normas se inspiró la resolución de nuestra Cámara de Delegados.

"La Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, a consulta de este Comité acordó que los anuncios de las clínicas u hospitales debían ajustarse a las mismas normas señaladas para los médicos".

La clase médica del país estará al lado de la Asociación Médica en esta campaña y reclama de la Directiva de nuestra Asociación que lleve esta de una manera firme, sin vacilaciones de ninguna clase y sin tregua hasta terminar con esa inmoralidad y falta de respeto a la mayoría de los médicos y al pueblo de Puerto Rico por algunos compañeros que violan los principios de ética y moral más rudimentarios y continúan anunciándose aún de una manera antimédica en los rotativos de nuestro país.

RESOLUCION DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO REGULANDO EL MINIMUM DE SUELDO QUE DEBEN PERCIBIR LOS MEDICOS TITULARES DE PUERTO RICO

POR CUANTO: Los requisitos indispensables para obtener el título de Doctor en Medicina y Cirugía se han duplicado durante los últimos veinticinco años;

POR CUANTO: El valor del tiempo y

gastos inherentes a la obtención del Doctorado en Medicina y Cirugía en Estados Unidos representa una inversión no menor de cuarenta mil dólares, según estadísticas recientes de la Asociación Médica Nacional;

POR CUANTO: El gasto ineludible que la renovación constante de obras técnicas, aparatos de precisión, suscripciones a periódicos técnicos, sostenimiento de oficina, etc., contribuye no poco al aumento del ya crecido costo de la subsistencia en general, aumento que supera en mucho al habido en sueldos durante los últimos diez años;

POR CUANTO: Para rendir una labor intelectual eficiente debe estar el individuo razonablemente libre de los cuidados pecuniarios más perentorios.

POR TANTO: Resuélvase, por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Sección 1.—Ordenar, y por la presente se ordena, a todos y cada uno de sus asociados, el no aceptar ninguna titular ni prestar servicios médicos de beneficencia Municipal a partir del mes de Julio de 1926, si tal cargo o tales servicios no llevan consigo una remuneración no menor de doscientos dólares mensuales en los municipios de primera clase y de ciento setenta y cinco en los de segunda y tercera. DISPONIENDOSE, que ningún médico podrá aceptar una plaza vacante por renuncia de otro compañero, cuya renuncia fuera motivada por el cumplimiento de esta reslución; que cualquier médico que aceptara tal cargo en contra de lo aquí dispuesto, será juzgado por el Consejo de la Asociación Médica por no acatar las disposiciones de esta resolución, y si fuera encontrado culpable, *será expulsado de dicha Asociación públicamente, informando al municipio que lo haya contratado, que la Asociación exige de sus miembros el no sostener relaciones profesionales de ninguna clase con tal médico.*

Sección 2.—Como el número de plazas que actualmente existe dedicadas al servicio de la asistencia pública no son suficientes, para llenar las necesidades de dicho servicio, recomendamos eficazmente que tales plazas sean aumentadas de acuerdo con los medios y necesidades de cada municipalidad; DISPONIENDOSE, que bajo ningún concepto debe permitirse el que sea reducido el número de plazas ya existentes, ya que tal procedimiento redundaría en irreparable perjuicio de la asistencia pública.

Sección 3.—Que copia de esta resolución sea enviada a los Honorables Alcaldes y Presidentes de las Asambleas Municipales y a todos y cada uno de los compañeros de la isla.

Noviembre de 1925.

Los abajo firmados, Médicos Cirujanos, en ejercicio legal de su profesión, bajo palabra de honor, nos comprometemos a respetar y sostener, sin reservas mentales, la Resolución de la Asociación Médica de Puerto Rico, regulando el sueldo mínimum que deben percibir los médicos titulares, negándonos a desempeñar ninguna titular o su equivalente, en Municipios de Puerto Rico que no acaten las disposiciones de esta Resolución.

Juramos, además, no aceptar ninguna plaza vacante por renuncia de otro compañero cuando esta renuncia haya sido motivada por el cumplimiento de esta Resolución.

Firmas de todos los médicos de Puerto Rico.

UN CASO DE DEXTROCARDIA, TRANSPOSICION DE OTRAS VISCERAS Y ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR (*)

E. Martinez Rivera.

Presentamos este caso por considerarlo una rareza en la práctica corriente de la medicina; no por ninguna otra razón; pues bien se me alcanza que los "fenómenos" tienen su sitio en los museos y deben ser estudiados, no en la anatomía normal si,no en la teratología. De la exposición que hago no se deriva enseñanza ninguna; si acaso, calmar el interés y la curiosidad que siempre despiertan en nosotros las escapadas que hace la naturaleza violando sus propias leyes, sus planes previos de estructuración y armonía.

Entre las numerosas enfermedades congénitas del corazón las que mayor interés clínico tienen para el médico son: la estenosis de la válvula pulmonar, los defectos en el tabique interventricular y la presencia de "ductus arteriosus" patente; porque estas lesiones ocurren, relativamente, con alguna frecuencia y también, porque cuando existe una sola de ellas hay una oportunidad razonable de diagnosticar el estado de anormalidad anatómica durante la vida del paciente.

Hay otros cambios estructurales del órgano, tales como: presencia del "foramen oval", la ausencia de los tabiques auriculares, ventriculares o de ambos, que son más bien exclusivamente de interés patológico ya que casi siempre son diagnosticados en exámenes "post-mortem".

De las formas de posición anormal congénita del corazón,—malposición— una de las más frecuentes y de mayor interés es la dextrocardia. En esa posición anormal, según indica la palabra, el corazón está situado en el lado derecho del tórax y cuando examinamos el paciente nos presenta la imagen que obtendríamos cuando una persona normal se mira en un epejo.

La dextrocardia puede ser simple o estar, como generalmente lo está, acompañada de una transposición parcial o total de las otras vísceras, especialmente abdominales. A esta transposición visceral le daban los clásicos antiguos el nombre de *"Situs Viscerum Inversum"*.

La estenosis de la válvula pulmonar es un estado patológico raro y, cuando existe, es casi siempre de origen congénito. A pesar de la rareza en el hallazgo que es sin embargo la forma más frecuente de lesión valvular congénita, ya que las lesiones de las válvulas aórtica mitral o tricúspide son aún menos frecuentes.

La causa de la estrechez pulmonar congénita se atribuye a una imperfección en el desarrollo cardíaco del feto o a una endocarditis fetal. Algunas autoridades (Da Costa) creen que estas estrecheces en el orificio pulmonar se deben a adherencias de los lados de las hojas de la válvula acompañadas de una contracción de la musculatura del esfínter valvular y asociados a una mayor o menor induración, rigidez o aumento en el espesor de las hojas de la válvula, aunque otros me-

(*) Presentado ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico celebrada en Diciembre de 1929.

canismos pueden ser la causa de este defecto.

En el caso que nos ocupa, se trata de una niña de cuatro años de edad que presenta una combinación de dos anomalías de estructura, cada una de las cuales es de por sí rara. La dextrocardia con transposición de otras vísceras es relativamente muy poco frecuente y la estenosis pulmonar de una rareza mayor. Por supuesto que la combinación de estas dos condiciones es extraordinariamente insólita.

La enferma, R. M., es una niña de cuatro años de edad, negra y estatura de 38 pulgadas. Peso: 30 libras. Aspecto general: bueno. Historia familiar e historia personal: no tienen valor alguno. Viene a la consulta presentando los siguientes síntomas: tos, flema, fiebre, ha expulsado lombrices; tiene diarreas y cruje (o gruñe) los dientes de noche.

El examen físico revela lo siguiente:

Inspección: Una niña de apariencia normal, excepto que presenta una palidez algo acentuada.

Palpación: Al aplicar la mano sobre el lado derecho del tórax se siente el impulso cardiaco en este lado en vez del izquierdo. La intensidad máxima del mismo está localizada en la región donde normalmente deben oirse los sonidos producidos por la válvula pulmonar. También encontramos sobre el ángulo subcostal evidencia de que el ventrículo derecho, aparentemente, se contrae con mayor fuerza. Está presente sobre toda la región precordial, especialmente en la base, el estremecimiento vibratorio cardiaco (el "thrill" de los ingleses). La palpación de las arterias radiales denota la ausencia del pulso de Corrigan.

En el abdomen notamos que el borde hepático puede ser palpado en el lado del cuadrante superior izquierdo en vez del derecho.

Percusión: El lado izquierdo del tórax es resonante ,sin que se pueda oir la acostumbrada macidez cardíaca en este lado, la cual puede observarse claramente en el lado derecho, estando dicha macidez aumentada hacia el lado izquierdo.

No hay aumento de la macidez hepática. Su localización no rebasa el cuadrante superior izquierdo del abdomen.

Auscultación: En el lado izquierdo del torax no se oyen los sonidos cardíacos que usualmente se perciben en este lado. Estos se escuchan en el lado derecho del tórax.

Hay presente un soplo sistólico que tiene su punto de mayor intensidad en el segundo y tercer espacio intercostal derecho, cerca del borde derecho del esternón y que se transmite hacia arriba y en dirección de la clavícula derecha, pero que no se propaga al cuello. Este soplo también puede oirse, aunque con menos intensidad en una gran parte de la región precordial.

La presión arterial es de 85/55.

El informe radiográfico dice lo siguiente:

La radiografía del torax de esta niña confirma el diagnóstico de dextrocardia que estableciera el médico en la solicitud para examen.



La reacción de la sangre para investigar Lúes, tanto en la niña como en los padres, es negativa.

No hay signos físicos que hagan pensar en que la lesión cardíaca pueda ser de origen aórtico.

El resto del examen no demuestra nada de especial importancia.

Basamos nuestro diagnóstico de dextrocardia con transposición de las vísceras, que a nuestro juicio queda plenamente confirmado sin que quepan dudas, en el examen físico y la radiografía del caso y el diagnóstico de estenosis pulmonar en los hallazgos físicos que anteriormente quedan descritos y que concuerdan con los que generalmente producen las lesiones de esta índole.

Annual Report of the Biological Laboratory (*)

O. Costa Mandry.

Our knowledge of disease advances in a firm, steady, and continuous way from day to day. Hand in hand with this advance in our knowledge of disease goes the advance in laboratory science. The modern conception as to the uses of a public health laboratory are quiet different from what they were many years ago. The modern progress in hygiene and preventive medicine has made of the laoratory an indispensable ally, one of the most important and necessary factors in modern public health organizations. As George Vincent former president of the Rockefeller Foundation said many years ago, "*the extent to which a public health diagnostic laboratory is utilized is one index of the intelligence, alertness and social mindedness of the medical profession in the area in which the laboratory serves.*"

In modern times the duties of a public health laboratory do not limit themselves merely to the examination of samples with the idea of making diagnosis. The main uses of public health laboratories in modern times are directed towards the means and ways of diagnosing, controling and preventing disease in a community.

As Biggs of New York said: "*Public Health is purchasable and within natural limitations any community can determine its own death rate.*"

To accomplish this, public education is necessary, it is one of the most important functions of modern Health Departments and essential in the control and prevention of disease. For a public health laboratory to be able to render the best services to the community in its field of activity, it must work in strict harmony and cooperation with all the other divisions of the Health Department and the medical profession as a whole and the scope of the laboratory must be fully understood by all.

To understand the work of the public health laboratory one must have a general working knowledge of the different tests and procedures in use and interpret them accrodingly. To accomplish this, education is necessary among the personnel of the Department of Health and thru this accomplishment, the work of the laboratory will be understood better by many and its importance in the diagnosis and control of diseases will not be misunderstood by others.

The Biological Laboratory has grown since its establishment in 1911 from a small laboratory doing 1,237 examinations a year to a modern up-to-date laboratory doing 120,171 examinations a year, an increase of 96.14 percent, doing any type of work, maintaining standard and accepted methods and diagnostic procedures and engaging in a certain amount of research work which adds prestige to our Health organization.

The first director of the laboratory was Dr. I. González Martínez who served

(*) Abstract from the annual report (F. Y. 1930-1931) of the Director of the Biological Laboratory of the Department of Health to the Hon. Commissioner of Health of Porto Rico.

from 1911-1915 and during the four years that he acted as director 20,632 examinations were performed.

Dr. Francisco J. Hernández succeded Dr. González Martínez and served from 1915 to 1923 (8 years) and in that time 54,986 examinations were performed.

Dr. P. Morales Otero was the next director and served from 1923 to 1928 (5½) years). During his term 251,561 examinations were performed and a Branch Laboratory was established at Ponce.

In January 1929 the present director was appointed by the Commissioner of Health and since then (2½ years) the laboratory has continued its progress. 255,774 examinations have been done and the activties of the laboratory have been expanded in every way.

The Biological Laboratory consists at present of two laboratories, a central laboratory located at San Juan and a branch laboratory located at Ponce. It renders valuable and prompt services to the medical profession, to the municipal and insular institutions and to the Health Department in the study, diagnosis, treatment, prevention and control of disease from the standpoint of public health.

STAFF OF THE BIOLOGICAL LABORATORY, 1930-31

1.—Central Laboratory—San Juan

Director, O. Costa Mandry, M. D.
Assistant Director, N. A. Quiñones, M. D.
Pathologist, J. Márques Torres, M. D.
Bacteriologist, J. Arruza, M. D.
Asst. Bacteriologist, Luis Saldaña, B. S.
Technician (Wassermann), Carlos Bou, B. S.
Technician (Tuberculosis), José Martinez, B.S.
Technician (Wassermann), Engracia O'Ferrall
Technician (Media), Juana de León
Technician (Feces), Celeste Collazo
Technician (Malaria), Josefina Vázquez
Chief Clerk, Eduardo J. Pope
Clerk and Secretary, Emilio Marrero
Senographer, Ernestina Navedo
Clerk, Lydia Gómez
Shipping clerk, Humberto Ramirez
Janitor, Juan Martinez
Laborer, Francisco Cruz
Laborer, Zoilo Santa
Animal caretaker, Juan de Jesús

2.—Branch Laboratory—Ponce

Bacteriologist, A. Serra, M. D.
Technician, Rosalina S. Platti
Technician, Elvira V. Díaz
Clerk, Ramón Hernández
Janitor, Luis Santiago

SERVICES RENDERED BY THE BIOLOGICAL LABORATORY

1.—Preparation of all outfits for sending specimens to the laboratory.
2.—Preparation of culture media, glassware, stains and solutions used in the laboratory, Health Units and dispensaries.
3.—Microscopic examinations of exudates and secretions for:
   Bacillus tuberculosis.
   Gonococci,
   Diphtheria bacilli,
   Miscellaneous investigations.
4.—Examination of blood for malaria or other parasites.
5.—Examination of feces for ova of parasites.
6.—Complement fixation and precipitation tests for syphilis (Wassermann and Kahn).
7.—Agglutination reactions for typhoid, paratyphoid, abortus and other infections.
8.—Bacteriological examinations of:
   Feces, Urine, Water, Milk.
   Food products,
   Blood or exudates.
   Miscellaneous.
9.—Examination of animals' brain for Negri bodies.
10.—**To Government institutions or in special cases only:**
   Examination of gastric or duodenal contents.
   Urine examinations.
   Chemical examinations of blood.
   Blood counts and differential counts.
   Blood grouping and matching.
   Examination of cerebro spinal fluid.

Examination of human milk.

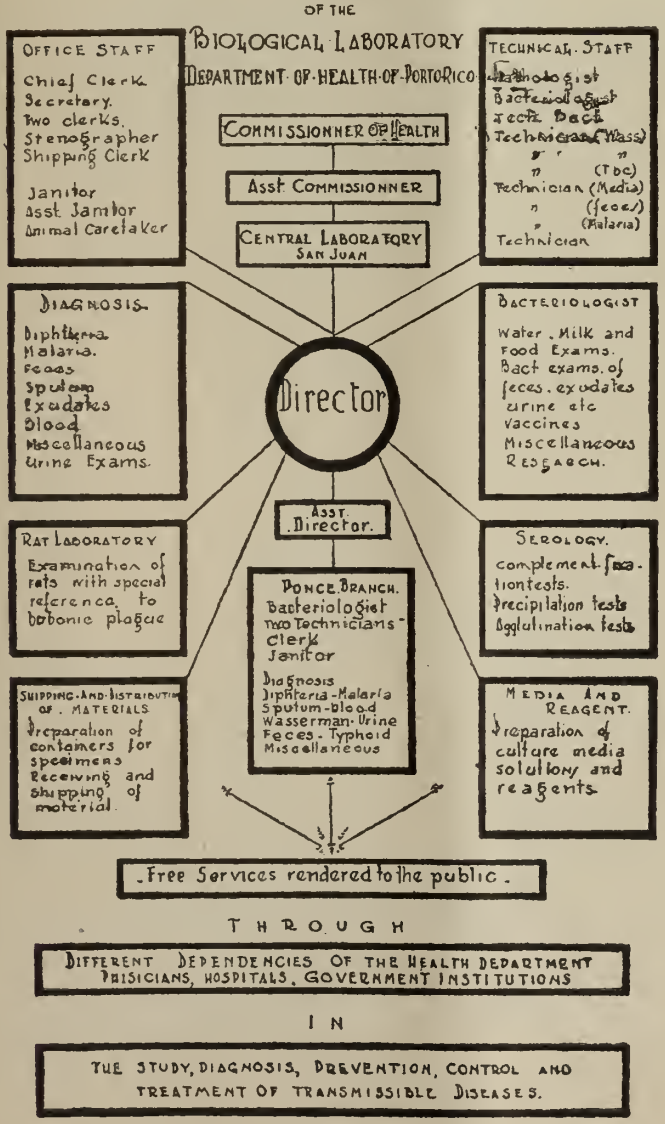
11.—Preparation of biological products:
Autogenous vaccines.
Convalescent and immune measles serum.

12.—Experimental inoculations of animals:
To determine the virulence of diphtheria bacilli.
To determine the presence of tuberculosis.
To determine the presence of rabies.
To determine the presence of pathogenic bacteria.
To determine the presence of poisonous substances.

13.—Pathological examinations:
Tissues for histological examination received in the laboratory are referred to the School of Tropical Medicine where they are routinely done.

14.—Special studies or research in relation to public health problems.

CHART OF ORGANIZATION.



INVESTIGATIONS CARRIED ON OR CONFERENCES GIVEN BY MEMBERS OF THE STAFF OF THE BIOLOGICAL LABORATORY

1.—González Martínez, I.
Preliminary note on the Epidemic of Bubonic plague at San Juan.
Medical Record, July 13. 1912.

2.—González Martínez, I.
Tratamiento racional de la epididymitis blenorragica.
Anales Médicos de P. R 1912 I: 241.

3.—González Martínez, I.
Nota preliminar sobre la epidemia de Peste bubónica en San Juan de P. R
Anales Médicos de P. R 1912 I. 139.

4.—González Martínez, I
Informe sobre las condiciones sanitarias del acueducto de San Juan y mejoras necesarias para corregir las deficiencias actuales.
Anales Médicos de P R. 1912 I: 313-343

5.—González Martínez, I.
Rational treatment of gonococcal epididymitis
Am. Jr. Urol. July 1914

6.—González Martínez, I.
Preliminary note relative to canine babesiosis in Porto Rico.
Boletín Oficial. Dirección de Sanidad de Puerto Rico.
Marzo 1914. II No. 5: 4-7.

7.—González Martínez, I.
Fatal attack of filarial lymphangitis simulating bubonic plague.
Jr. A. M. A. 1914 **42**: 1622-1624

8.—González Martínez, I
A case of pernicious abcess of filarial lymphangitis mistakable with bubonic plague.
Boletín Ass. Médica de P. R.
1914 Año X, No. 96: 1-8.

9.—Font y Guillot, E., y Hernández, Fco. J.,
Framboesia tropica, pian, yaws o buba.
Inf. annual Departamento de Sanidad 1917-18: 77-83
Neg. Imprenta. Mat. y Transp. 1918.

10.—Giuliani, S.
Espirochetosis icterohemorragica en Puerto Rico.
Informe del Director del Lab. Biológico 1918.
Informe anual del Comisionado de Sanidad de P. R. 17-18

11.—Giuliani, S.
Notas preliminares acerca del Granuloma ulcerado de los órganos genitales
Boletín de la As. Méd. de P. R.
1919, año 13. No. 123: 53-55.

12.—Giuliani, S
Examen de los esputos practicados en el laboratorio Biológico durante la epidemia de Peste Bubónica en Puerto Rico, 1921.
Boletin de la As Méd. de P. R.
1923 Año 17. No. 141: 61-65.

13.—Morales Otero, P.
Estudio Epizotico de la Peste Bubónica en Puerto Rico.
Bol. As. Méd. de P. R.
1923 Año 17. No. 141: 49-56.

14.—Morales Otero, P.
Bovine contagious abortion as it appeared in Porto Rico in 1923
P. R. Health Rev.
1925 I 2: 31-33.

15.—Morales Otero, P.
The work of the Biological Laboratory of the Department of Health of P. R.
P. R. Health Rev.
1925 I 3: 21-24.

16.—Morales Otero, P.
The Wassermann Reactions and its correct interpretation.
P. R. Health Rev.
1925 I 4: 9-11.

17.—Morales Otero, P.
How to improve P. R. Milk Supply
P. R. Health Rev. 1925 I 5: 3-5

18.—Morales Otero, P.
The Work of the Biological Laboratory of the Department of Health.
P. R. Health Rev. 1926 **2** 9: 19-16.

19.—Morales Otero, P.
The Wassermann Reaction in Leprosy I
P. R. Health Rev. 1926) **2** 5: 3-10.

20.—Morales Otero, P.
The Wassermann Reaction in Leprosy II
P. R. Health Rev. 1926 **2** 6: 11-14.

21.—Morales Otero, P.
The Wassermann Reaction in Leprosy III
P. R. Health Rev. 1926 **2** 7: 16-20.

22.—Morales Otero, P.
The Wassermann Reaction in Leprosy IV

P. R. Rev. Pub. H. and Trop. Med.
1927 3 5: 186-195.

23.—Morales Otero, P.
Epizotic survey of the epidemic of bubonic plague in Porto Rico in the year 1921.
P. R. Rev. Pub. H. and Trop. Med.
1927 **3** 2: 51-58.

24.—Morales Otero, P.
A Review of recent literature on vaccination against Tuberculosis.
P. R. Rev. Pub. H. and Trop. Med.
1928 **3** 9: 358-365.

25.—Morales Otero, P.
Porto Rico and its Milk Problems.
Am. Jr. Pub. Health, 1928 **18** No. 11: 1384-1387.

26.—Morales Otero, P. and Hernández, L. C.
Studies of the blood chemistry of Leprosy.
P. R. Rev. Pub. H. and Trop. Med.
1928 **3** 12: 507-515.

27.—Ruiz Nazario, R.,
Epidemiology of Tuberculosis in P. R.
III Incidence of Tuberculosis among persons applying for health crtificates to engage in food handling and other ocupations.
P. R. Rev. of P. Health and Trop. Med
1928 **4** 4: 179-181.

28.—Ruiz Nazario, R.,
Coincidence of Malaria and typhoid fever.
P. R. Rev. of P. Health and Trop. Med.
1929 **4** 8: 365-369.

29.—Giuliani, S.,
Algunas observaciones sobre el bacillus Calmette Guerrin.
Bol.. As. Med. de P. R.
1929 **22** 173: 1-4.

30.—Costa Mandry O. and Garrido Morales, E.,
Food poisoning in a Porto Rican family due to Arsenic.
Bol. As. Med. de P. R.
1930 **22** 181: 200-205.

31.—Garrido Morales, E. and Costa Mandry, O.,
Sero profilaxis del Sarampión. Estudio comparativo del valor profiláctico del suero de adultos immunes y el de personas convalescientes.
Bol. As. Med. de P. R.
1930 **22** 182: 217-226.

32.—Garrido Morales, E. and Costa Mandry, O.
Relative prophylactic value of convalescent and immune adult measles serum
Am. Jr. Dis. Children. 1930, **39**: 1214-1220

33.—Serra, A.,
Helminths in Southern Porto Rico,
P. R. Jr. P. H. and Trop. Med.
1930 **6** 1: 91-99.

34.—Serra, A.,
La Sifilis en Puerto Rico, su incidencia
Bol. As. Med. de P. R.
1930 **22** 179: 151-154.

35.—Carrión, A. L.,
Third report on a rat flea Survey of the city of San Juan.
P. R. Jr. of P. H. and Trop. Med.
1930 V: 158.

36.—Carrión, A. L.,
Rat flea survey in San Juan.
P. R. Jr. P. H. and Trop. Med.
1931 **6** 3: 273-282

37.—Costa Mandry, O.,
Human infestation with fasciola hepatica.
Report of a case occuring in Porto Rico.
Bol. As. Med. de P. R.
1931 **23** 188: 186-192.

38.—Costa Mandry, O. and Garrido Morales, E.,
La Disenteria Bacilar en Puerto Rico.
Bol. As. Med. de P. R.
1931 **23** 185: 22-51

39.—Costa Mandry, O.,
La Tuberculosis, su aspecto Médico social en Puerto Rico.
Bol. As. Med. de P. R.
1931. **23** 189: 227-241.

40.—Garrido Morales, E. and Costa Mandry O.,
Mechanism of immunity to Diphtheria. Preliminary report of Experiments in Porto Rico.
Am. Jr. of Hygiene.
1931 **14** 1: 89-98.

41.—Costa Mandry, O.,
Syphilis in Porto Rico.
The Wassermann Reaction as an index of its prevalence. (To be published)
Bol. As. Med. de P. R. (To be published)

42.—Costa Mandry, O.,
La influencia del Laboratorio en la Medicina Moderna.
Bol. As. Med. de P. R. (To be published)

43.—Garrido Morales, E. and Costa Mandry, O.,

Typhoid fever spread by water from a cistern contaminated by a typhoid carrier.
Jr. of Prev. Med. (in press)

44.—Costa Mandry, O.,
La Diarrea y Enteritis en Puerto Rico.
Bol. As. Med. de P. R.
1931 **23** 189: 207-209.

45.—Costa Mandry, O.,
The laboratory in the practice of medicine. (Conference at the Rotary Club of San Juan, June 9, 1931)

46.—Serra, Américo,
Balantidial dysentery in a child.
Case report.
P. R. Jr. P. H. and Trop. Med.
June 1931 **6** No. 4: 443.

SPECIAL WORK

INVESTIGATIONS ON DIPHTHERIA

During the past two years the epidemiologist and the director of the Biological Laboratories have been jointly studying the problem of diphtheria in Porto Rico. The first paper is to be published in the July (1931) number of the American Journal of Hygiene and is tittled "The Mechanism of Immunity to Diphtheria. Preliminary report of experiments in Porto Rico."

There are at least three or four more papers comprising the study which will be published later on, as the work is not yet finished.

BACILLARY DYSENTERY AT THE NEW INSULAR PENITENTIARY

The results of joint investigations of the Director of this laboraetry and the Epidemiologist on a large outbreak of bacillary dysentery in the new Insular Penitentiary at Rio Piedras was published in the Bulletin of the Porto Rico Medical Association, 1931 Vol. 23, No. 185, pages 2-51. From the study it was found that the outbreak was caused by Eberthella para-dysenteriae Flexner. Subcultures of the organism isolated were sent to the National Institute of Health (Hygienic Laboratory) at Washington and to the Division of Laboratories and Research of the Department of Health of New York at Albany where our bacteriological diagnosis was corroborated. There is no question whatsoever as to the existence of bacillary dysentery in Porto Rico caused by the Flexner Bacillus.

It is more common than what we suspect, but unfortunately the largest number of cases go without a bacteriological study of the feces and the few that seek study come during the late stages of the disease. We have to depend largely on epidemic outbreaks when these occur, to study this condition in Porto Rico.

Other organisms of the dysentery group, namely the non-mannite fermenters (Shiga) and the late lactose fermenters (sonne group) have never been isolated in Porto Rico. Cases of dysentery caused by the Bacillus Flexner have also been studied at the Presbyterian Hospital and at the School of Tropical Medicine.

RELIEF COMMISSION TO SANTO DOMINGO

Following the big hurricane of September 3, 1930, at the suggestion of Governor Roosevelt the Department of Health of Porto Rico organized a medical unit to do relief work in Santo Domingo city. The Asst-Commissioner of Health of Porto Rico at that time, Dr. A. Fernós Isern was appointed in charge of the original unit to which was added a few days later other units from the Porto Rico Medical Association.

The Biological Laboratory took active part in the relief work. The director and his assistant, the technical bacteriologist, Mr. Luis Saldaña, were members of the commission and took with them all the necessary material and apparatus required for a field laboratory which was established at the local Health Office in Santo Domingo city and rendered laboratory service to the Commission, the Roosevelt Emergency Hospital, the physicians and the city hospitals.

The work of the laboratory consisted in the:

1.—Study of the bacteriological condition of the water for public use.
2.—Bacteriological study of refreshments and bottled drinks sold by public vendors in the streets.
3.—Bacteriological study of the so called gangrene cases which turned out to be infections with B. Coli and pyogenic cocci. No anaerobic organisms were isolated from any of the cases.
4.—Miscellaneous examinations including bacteriological examinations of feces and blood.
5.—Work in the prevention of disease by proper investigation of cases suspected of being transmisible diseases.

STUDY OF AN OUTBREAK OF TYPHOID FEVER IN GUAYAMA

In colaboration with the epidemiologist we made a joint study of an outbreak of typhoid fever in the city of Guayama resulting from human consumption of water from a cistern contaminated by a typhoid carrier. A large number of bacteriological examinations of feces and urine were made. The results of this interesting study will be published in the near future.

FASCIOLA HEPATICA

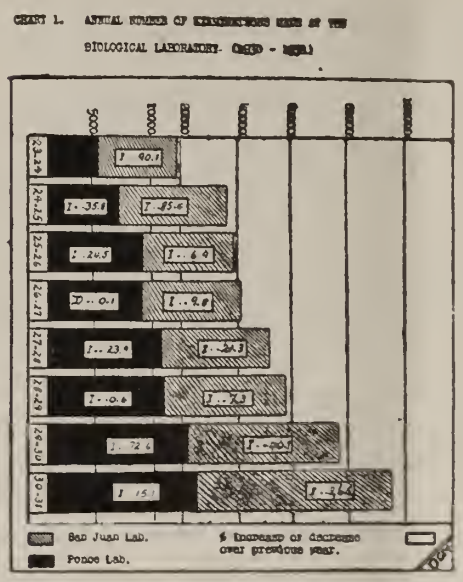
In the routine examinations of feces performed in the Laboratory we encounter ed accidentally a case of Fasciola hepatica. On account of the rarity of human infestation with the parasite in Porto Rico, we made a study of the case and published a paper comprising the study of the case and another one also discovered accidentally later on, with a review of the literature of the condition in Porto Rico and other countries.

SPECIAL INVESTIGATIONS

During the year we visited Naguabo with the chief of the Bureau of Transmissible Diseases to investigate a small outbreak of poliomyelitis.

We have continued our investigations of the milk problem in Porto Rico. A large number of bacteriological examinations have been made. The work done has been fully discussed in the data and tables already presented. We hope that due attention will be given to the bacteriological phase of milk expended in Porto Rico.

During the year we gave two public conferences, the first of which was given on May 20th, at the Ateneo Puertorriqueño under the auspices of the section of Natural Physical and Mathematical Sciences of that Institution, which was attended by quite a number of people. The title of that conferences was: "Tuberculosis; its social and medical aspects in Porto Rico. On June 9, 1931 we gave another public conference at the Rotary Club of San Juan which was entitled: "The laboratory in the practice of Medicine".



RESUME OF THE WORK DONE IN BOTH LABORATORIES

The total number of examinations made during the year reached 120,171 divided in 96,882 at the central laboratory at San Juan and 23,289 at the Branch Laboratory at Ponce. The actual cost to the government was $0.303 per examination performed which is lower than the previous year when it amounted to $0.385. 77 examinations were made for every thousand of living population of Porto Rico.

The branch laboratory at Ponce does the work from 23 towns or 19.7% of the number of municipalities of Porto Rico with a population of 429,789 (29%) while the central laboratory at San Juan comprises 58 towns or 80.1% and 71% of the population of the island (1,114,124).

The central laboratory at San Juan did during the year just finished 80.6% of the total number of examinations and the branch laboratory 19.4% as compared to 79% and 20.99% respectively for the year 1929-30. The average of examinations per month increased from 8027 to 10,014 for both laboratories. In San Juan it increased from 6,342 to 8073 and in Ponce from 1685 to 1910. During the year the laboratory attained the highest numbers of examinations ever performed during a single month which amounts to 11,699. This occurred during the month of may when the San Juan Laboratory did 10,223 examinations.

The numerous tables enclosed give detailed description of all tests performed.

RESUME OF THE SALIENT POINTS OF THE WORK DONE IN THE CENTRAL LABORATORY AT SAN JUAN

SEROLOGICAL REACTIONS. 26,863 Wassermann examinations on blood with 22.65% positive were made as compared to 21,747 with 20.03 positive for the previous year. The number of examinations increased by 5,116 and the percentage positive increased from 20.03 to 22.64. During the year we institnted as a rontine procednre the Kahn test. 7,080 Kahn tests were performed during the year. The test was institnted as a rontine procednre with the idea of keeping a check on onr Wassermann reactions. The test was performed in 26.35% of all the bloods which were examined, but those bloods which were received in snfficient amonnt and which yielded a clear sernm were only nsed for Kahn tests. The Kahn test as can be seen in the table presented (No. 9), gives a slightly higher percentage of positives than the Wassermann test. 150 Wassermann examinations on cerebro spinal fluids with 15.25% positives were made as compared to 135 tests

and 15.55% positive for the previous year.

MALARIA. 8,907 blood smears were examined with 24.95% positive. 13.64% for plasmodium vivax. 10.80% for plasmodium falciparum. 0.01% for plasmodium quartan and 0.5% mixed infestation. The number of examinations increased by 3434 and the percentage positive increased from 15.15 to 24.95. This increase is due to the unusual prevalence of cases of malaria which has occurred throughout the island during the past year.

DIPHTHERIA. The number of examinations reached 21,554 this year, classified as to carriers, health certificates, and cases. For details see table No. 3.

SPUTUM EXAMINATION. 6,090 sputums were examined for the presence of tubercle bacilli as compared to 5,321 for the previous year. See table No. 1 for details.

AGGLUTINATION REACTIONS. 4,366 examinations of blood were performed as compared to 5,412 for the previous year. Of the examinations performed 1,460 were examined for typhoid agglutination. The percentage positive of these examinations was 16.61 as compared to 16.62 for the previous year. See table No. 5 for details.

GONOCOCCI. 1,703 urethral, vaginal or other smears were examined for the presence of gonococci with 8.92% positive. The number of examinations increased by 364 and the percentage positive increased from 7.61 to 8.92.

BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS. During the year just passed we continued to give special attention to bacteriological examinations. The number increased from 924 to 1,941. The bacteriological examinations done during the year were classified as follows:

1.—FECES (typhoid carriers) 222

2.—FECES (study of flora) 150

The feces and urine for typhoid studies were collected in brilliant green bile following the method of Havens. During the year a great number of feces were examined for the determination of the flora present. Among these are included a good many cases of bacillary dysentery which occurred in the form of an epidemic in the new Penitentiary at Rio Piedras, and from a number of which was isolated the bacillus of Flexner, also a large number of feces and urine examined while studying a typhoid outbreak in Guayama.

3.—URINE (for typhoid carriers) 205

4.—BLOOD CULTURES (for the investigation of typhoid or other micro-organism) 21

5.—EXUDATES (for the study of flora) 3

6.—BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS OF WATER.

We have given special attention to this work and have been examining every month the water of all the towns in the island of Porto Rico which have a health unit and twice a week the water for human use supplied by the municipal aqueduct of the city of San Juan. As we suggested last year in our annual report THERE IS NO REASON WHATSOEVER WHY THE SAN JUAN WATER SHOULD SHOW THE PRESENCE OF B. COLI, IF THE DEFICIENCIES AT THE PLANT ARE CORRECTED. We recomend that it be suggested to the proper municipal authorities that at the laboratory that the city maintains at the

plant, the same bacteriological methods of water examinations be adopted as is done at the public health laboratories of our organization. The method is easy, simple, and the one adopted for official use by the United States Public Health Service. By using this method they will be in a position to compare their results with ours.

Most of the samples of waetr examined during the year, with some exceptions, showed the presence of B. Coli in the water. Table 7 shows the results of bacteriological examinations of water from the San Juan aqnednct.

7.—*BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS OF MILK.* Table number 6 gives an idea of the type of work done in regards to the milk problem in San Juan. We have given special attention to the study of raw and pasteurized milk. The bacterial content of raw milk dispensed in San Juan or its vicinity with few exceptions, is exceedingly high and out of proportion of what it should be. It is really a discredit that we should present such high bacterial counts as we do. In all of these counts we have given the milk the benefit of the doubt informing the lowest count that we have been able to obtain. We think that careful attention should be given to this problem. We have been interested in it for quite a time, and we are sure that it can be corrected if the milk dealers were willing to give us a little cooperation and let us advise them in this matter in which we know more than they do.

It has been the policy of the Health Department to strictly enforce the sanitary regulations in regards to the sale of cows milk. Numerous campaigns whose chief aim has been the adulteration of milk by water or other adulterants have been instituted and the bacterial content which is in reality the big problem and of more important consideration in Porto Rico, has up to the present time occupied a secondary place of no importance. We are sure that the high bacterial contents of the milk dispensed in Porto Rico are in part responsible for a large number of the cases of diarrhea and enteritis. We belief that more attention should be given to the bacteriological study of milk especially so in this tropical climate where temperature plays such an important part in the rapid multiplication and growth of bacteria in milk and that legal action be taken in the cases where milk for public use has such repeated bacterial counts. In regards to pasteurized milk we should insist that the counts be kept within certain limits. The work which has been carried on almost exclusively in San Juan and the neighboring towns should be extended to other towns of the island.

8.—*FOOD PRODUCTS.* We have made aerobic and anaerobic studies of all food products that have been referred to us as being suspicious of causing food intoxications or food infections. In this type of work we have cooperated in all ways with the Chemical Laboratory. We have also given the Bureau of Commerce our cooperation in the bacteriological examination of food products which have made applications for the official seal.

The bacteriological examinations of food products performed this year were classified as follows:

Canned goods	21
Bottled products	1
Cheese	1

FECES. 14,212 microscopic examinations of feces were pedformed during the year compared to 6,606 during the pre-

vious year. This increase is due chiefly to the numerous studies that have been made at the Insular Institutions. Of these examinations performed, 52.64% were found positive for some parasites. Table No. 12 gives details of the results obtained in these examinations. We have continued to examine a fecal smear first, repeating the examination by the brine flotation method when no ova of uncinaria are found. Table 8 shows the incidence of the commoner parasites during the year.

URINE EXAMINATIONS. During the year 2,631 examinations of urine were performed as compared to 1,860 during the previous year.

SAMPLES DISCARDED. The number of samples discarded increased from 1,044 to 2,164, and the percentage from 1.37 to 2.18.

MISCELLANEOUS. See the tables accompanied for details of other examinations performed at the Central Laboratory of San Juan and the Branch Laboraotry at Ponce.

FINAL COMMENT

The Biological Laboratory has just finished perhaps the most successful year in its existence since it began as a real public health laboratory in 1911. We have attained the largest number of examinations per year in either laboratory, we have been able to fulfill all our plans for the year and we were able to obtain from the Legislature of Porto Rico a reorganization of the personnel which was badly needed. From the Medical Profession of Porto Rico we have obtained the most hearty cooperation in every respect. The international health division of the Rockefeller Foundation and their representatives in Porto Rico have given us their cooperation and help.

We are recommending the establishment of a branch laboratory in one of the northwestern towns of the island of Porto Rico, Aguadilla being at present the most suitable from all standpoints. This will result in a stimulus and greater interest in public health matters in that section of the island.

It is essential to engage in a campaign of public education as regards to laboratory work. Public health officials especially non-medical ones should have a clear understanding of the actual scope of laboratory tests. An elementary course in public health and public health laboratory methods should be established under the guidance and direction of the Commissioner of Health.

In the laboratory study of public health problems in Porto Rico the cooperation of the medical profession as a whole is essential and we should by all means try to interest the physicians of Porto Rico more in our health problems.

It is essential for the well being of the laboratory to continue the present system of reporting the results of laboratory procedures in relation to transmissible diseases.

We expect that the progress and expansion of the laboratory will continue during the coming year. Of the past year we have no complaints to make and only hope that the coming year will be just as profitable and successful in all respects as the one just finished. We are particularly indebted to the chiefs of the different bureaus of the Health Department, to the Assistant Commissioner of Health and to the Commissioner of Health for their part in helping the laboratory finish one of its most successful years.

TABLE No. 1.

TABLE SHOWING ANNUAL EXAMINATION MADE AND COST PER EXAMINATION

FISCAL YEAR	NUMBER OF EXAMINATIONS MADE			*Cost per Examination*
	San Juan	*Ponce*	*Both*	
1930-31	96,882	23,289	120,171	0.303
1929-30	76,105	20,227	96,332	0.385
1928-29	54,080	11,718	65,798	0.44
1927-28	50,377	11,643	62,020	0.49
1926-27	41,428	9,324	50,752	0.52
1925-26	37,703	9,339	47,042	0.65
1924-25	35,248	7,515	42,763	0.64
1923-24	19,004	5,460	24,464	1.07
1922-23	9,992			1.04
1921-22	7,067			1.44
1920-21	6,682			1.37
1919-20	8,882			1.03
1918-19	7,952			1.15
1917-18	4,672			1.93
1916-17	6,359			1.62
1915-16	3,380			2.73
1914-15	6,128			1.68
1913-14	5,953			1.73
1912-13	4,745			1.21
1911-12	2,569			2.24
1910-11	1,237			4.67
TOTAL	486,445	98,515	584,960	

TABLE No. 2.

NUMBER OF EXAMINATIONS (AND PERCENTAGE) MADE AT THE SAN JUAN AND PONCE LABORATORIES

	1930-31				1929-30			
	San Juan		*Ponce*		*San Juan*		*Ponce*	
	No.	% Pos.	No.	% Pos.	No.	% Pos.	No.	% Pos.
Malaria	8,907	24.95	1,983	14.67	5,473	15.14	879	11.03
Wassermann Reactions	26,863	22.65	5,489	14.64	21,747	20.03	5,873	13.26
Kahn Reactions	7,080	23.26	—	—	—	—	—	—
Sputum (Tuberculosis)	6,090	30.73	1,597	24.29	5,321	33.56	1,236	25.
Smears for Diphtheria bacilli	21,554	5.88	3,036	1.58	25,575	6.68	4,394	2.5
Gonococci	1,703	8.92	415	8.91	1,339	7.61	287	25.08
Bacteriological examinations	1,941	—	—	—	924	—	—	—
Feces (for intestinal parasites)	14,212	52.64	4,337	68.29	6,606	64.22	3,219	64.46
Widal reactions (typhoid)	1,460	10.61	594	6.73	1,804	16.62	621	9.07
Urine examinations	2,631	—	1,296	—	1,860	—	775	—
Other examinations	4,441	—	4,542	—	5,456	—	2,943	—
T O T A L	96,882	—	23,289	—	76,105	—	20,227	—

TABLE No. 3.

EXAMINATIONS OF SWABS FOR DIPHTHERIA BACILLI.

	PONCE LABORATORY		SAN JUAN LABORATORY		
	Number	Percent Positive	Number	Percent Positive	Number of Virulence tests
Suspected cases .	426	6.80	2,370	13.08	
Carriers	2,610	0.72	11,471	7.04	
Health certificates . .	—	—	7,713	1.73	
TOTAL	3,036	1.58	21,554	5.88	707

TABLE No. 4.

EXAMINATIONS OF SPUTUM FOR TUBERCLE BACILLI

	Number Examined	Number Positive	Percentage Positive
SAN JUAN LABORATORY			
Anti-tuberculosis Sanatorium. . .	1,126	732	65.06
Insane Asylum	51	7	13.62
Penitentiary	271	44	16.23
Tuberculosis Dispensaries. . . .	706	134	18.98
Other sources.	3,936	955	24.26
T O T A L	6,090	1,872	30.73
PONCE LABORATORY	1,597	388	24.29
T O T A L	7,687	2,260	29.40

TABLE No. 5

EXAMINATIONS OF BLOOD FOR WIDAL REACTIONS
BOTH LABORATORIES

	TYPHOID		PARATYPHOID A		PARATYPHOID B	
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
1930-31 . . .	2054	9.49	2047	1.41	2047	2.63
1929-30 . . .	2425	14.68	2414	4.1	2413	3.52
1928-29 . . .	3613	28.78	1147	9.24	1134	7.58
1927-28 . . .	1824	30.15	—	—	—	—
1926-27 . . .	1184	23.05	—	—	—	—
1925-26 . . .	1415	24.02	—	—	—	—
1924-25 . . .	1646	32.68	—	—	—	—
1923-24 . . .	1362	39.06	—	—	—	—

TABLE No. 6

BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS OF MILK

	RAW MILK		PASTEURIZED MILK	
	Number of Samples	Average Count	Number of Samples	Average Count
July.	51	4,653,000	20	140,231
August. . . .	87	5,400,000	40	169,750
September . . .	40	7,900,000	20	272,000
October. . . .	51	10,200,000	14	141,100
November . . .	88	8,400,000	18	46,600
December . . .	81	7,900,000	13	15,000
January . . .	77	4,800,000	14	20,052
February . . .	49	4,032,000	10	46,350
March	46	2,880,000	10	13,900
April	47	5,600,000	10	37,180
May.	71	5,630,000	15	15,300
June	56	4,232,000	13	19,000
YEAR	744	——	197	——

TABLE No. 7

BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS OF WATER FROM THE SAN JUAN AQUEDUCT

1930-31	Number of Standard Samples	Average Bacteria Count per cc.	POSITIVE FOR B. COLI	
			Number	Percentage
July.	7	119	2	28.5
August	5	80	3	60.0
September . . .	6	438	6	100.0
October. . . .	6	290	6	100.0
November . . .	9	184	9	100.0
December . . .	7	54	4	57.1
January. . . .	8	197	3	37.5
February . . .	7	94	1	14.2
March	7	61	1	14.2
April	7	113	4	57.0
May.	6	110	2	33.0
June.	7	118	5	71.0
YEAR . . .	82	155	46	56.0

Standard 10 cc. portions of water

Number examined 410

Number showing B. Coli 133

Percentage showing B. Coli 32.43

TABLE No. 8.

INCIDENCE OF THE COMMONER INTESTINAL PARASITES IN THE FECES EXAMINED

	SAN JUAN		PONCE		TOTAL	
	Number Positive	Percentage Positive	Number Positive	Percentage Positive	Number Positive	Positive Percentage
Hookworm	3,173	22.32	1,063	24.51	4,236	22.83
Schistosoma Mansoni	113	0.795	287	6,61	400	2.15
Ascaris Lumbricoides	1,870	13.15	597	13.76	2,467	13.29
Trichuris Trichura	4,829	33.97	2,600	59.94	7,429	40.05
Strongyloides Stercolaris	144	1.01	117	2.69	261	1.40
Oxyuris Vermicularis	5	0.035	4	0.92	9	0.048
Balantidium Coli	4	0.028	—	—	4	0.021
Trichomonas Hominis	5	0.035	—	—	5	0.026
Chilomastix Mesnili	0	—	2	0.46	2	0.011
Tenia Nana	2	0.014	22	5.07	24	0.129
Tenia Saginata	14	0.098	1	0.23	15	0.081
Tenia Solium	—	—	2	0.46	2	0.011
Fasciola Hepatica	2	0.014	—	—	2	0.011
Mixed Infestation	2,446	17.21	1,381	31.84	3,827	20.63
Positive any parasite	7,482	52.64	2,962	68.29	10,444	56.30
TOTAL NUMBER OF SPECIMENS EXAMINED	14,212	—	4,337	—	18,549	—

TABLE No. 9.

EXAMINATIONS MADE IN THE CENTRAL LABORATORY AT SAN JUAN

	Percentage Positive	TOTAL
I.—BLOOD 47,803		
MICROSCOPIC EXAMINATIONS:		
Malaria	24.95	8,907
P. vivax	13.64	
P. falciparum	10.80	
P. vivax and falciparum	.50	
P. quartan	.01	
Filaria	5.88	17
Differential count		263
Erythrocyte count		55
Leucocyte count		31
Hemoglobine		60
Miscellaneous		88
SEROLOGICAL EXAMINATIONS:		
Wassermann reactions	22.65	26,863
Wassermann reactions anticomplementary	.91	
Kahn tests	23.26	7,080
Widal reactions (typhoid)	10.61	1,460
Widal reactions (paratyphoid A)	1.30	1,453
Widal reactions (paratyphoid B)	3.57	1,453
Widal reactions incomplete	4.48	
CHEMICAL EXAMINATIONS:		
Urea Nitrogen		11
Non Protein Nitrogen		12
Creatinine		12
Uric acid		12
Glucose		15
Chlorides		5
Miscellaneous		6
II.—EXUDATES, TRANSUDATES AND SECRETIONS 29,401		
SPUTUM:		
Bacillus tuberculosis	30.73	6,090
NASO PHARYNGEAL:		
Diphtheria	13.08	2,370
Diphtheria carriers	7.04	11,471
Diphtheria carriers, health certificates	1.73	7,713
B. of Hansen	16.66	48
Miscellaneous		6

(Continued)

(Continuation)

	Percentage Positive	TOTAL
URETHRAL OR VAGINAL:		
Gonococcus	8.92	1,703
III.—CEREBRO SPINAL FLUID 150		
Wassermann reactions	15.25	118
Globuline		9
Glucose		6
Cell count		8
Albumine		1
Miscellaneous		8
IV.—FECES 14,212		
INTESTINAL PARASITES:	52.64	14,212
Hookworm	12.08	
Ascaris Lumbricoides	4.62	
Trichuris trichiura	17.71	
Strongyloides	.53	
Ascaris and trichuris	6.34	
Hookworm and trichuris	7.81	
Schistosoma and trichuris	.21	
Schistosoma and hookworm	.04	
Schistosoma, ascaris L. and trichuris	.02	
Schistosoma, hookworm and trichuris	.14	
Schistosoma	.28	
Hookworm, ascaris L. and trichuris trichura	1.19	
Hookworm and ascaris	.77	
Hookworm and strongyloides	.06	
Hookworm, strongyloides and trichuris	.11	
Hookworm and tenia saginata	.007	
Hookworm and Balantidium Coli	.007	
Strongyloides and trichuris	.24	
Strongyloides, ascaris L. and trichuris	.014	
Tenia saginata	.04	
Tenia saginata and trichuris	.028	
Oxyuris vermicularis	.028	
Fasciola hepática	.014	
Ascaris, trichuris and cerchomonas	.007	
Balantidium coli	.007	
Balantidium coli and trichuris	.007	
Tenia nana, Hookworm and trichuris	.007	
Tenia nana	.007	
Schistosoma and strongyloides	.007	
Oxyuris and trichuris	.007	
Hookworm, trichuris and Balantidium Coli	.007	
Hookworm, trichuris and tenia saginata	.007	
Schistosoma and ascaris	.028	
Trichomonas and trichuris	.007	
Strongyloides, schistosoma, hookworm, ascaris and trichuris	.007	
Hookworm and tenia saginata	.007	
Cerchomonas and trichuris	.007	
Cerchomonas	.014	

(Continued)

(Continuation)

	Percentage Positive	TOTAL
Schistosoma, hookworm, ascaris and trichuris	.04	
Hookworm, ascaris, trichuris and strongyloides	.007	
Tenia saginata and strongyloides	.007	
Strongyloides and ascaris	.014	
V.—BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS		1,941
Water		321
Milk		941
Ice Cream		3
Food products		33
Feces (typhoid)		222
Feces (intestinal flora)		150
Urine (typhoid)		205
Exudates		3
Blood cultures		21
Condensed milk		2
Cheese		1
Beer		1
Sugar		6
Candies		4
Canned goods		21
Cerebro spinal fluid		2
Miscellaneous		5
VI.—CHEMICAL MICROSCOPIC EXAMINATIONS		2,645
Urine		2,631
Milk		4
Gastric juice		6
Miscellaneous		4
VII.—PATHOLOGICAL EXAMINATIONS		3
Negri bodies		3
VIII.—EXPERIMENTAL INOCULATIONS		721
Virulence tests (diphtheria)		707
Food poisoning		11
Miscellaneous		3
IX.—AUTOGENOUS VACCINES		6
TOTAL		96,882
X.—SAMPLES DISCARDED		2,164
GRAND TOTAL		99,046

TABLE No. 10.

EXAMINATIONS MADE IN THE BRANCH LABORATORY AT PONCE

	Percentage Positive	TOTAL
I.—BLOOD 12,493		
MICROSCOPIC EXAMINATIONS.		
Malaria	14.67	1,983
P. vivax	6.00	
P. falciparum	8.57	
P. vivax and falciparum	.05	
P. quartan	.05	
Filaria	25.00	4
Differential count		72
Erythrocyte count		241
Leucocyte count		239
Hemoglobine		921
Blood typing		2,150
Blood matching		1
Coagulation time		207
Blood culture		4
SEROLOGICAL EXAMINATIONS:		
Wassermann reactions	14.64	5,489
Wassermann reactions anticomplementary	1.82	
Widal reactions (typhoid)	6.73	594
Widal reactions (paratyphoid A)	1.68	594
Widal reactions (paratyphoid B)	2.17	594
Widal reactions incomplete	17.7	
II.—EXUDATES, TRANSUDATES AND SECRETIONS 5,135		
SPUTUM:		
Bacillus tuberculosis	24.29	1,597
NASO PHARYNGEAL:		
Diphtheria	6.80	426
Diphtheria carriers	.72	3,610
B. of Hansen		14
Vincent's Angina	1.34	23
Anthrax	85.71	7
Carbuncle		2
Miscellaneous		41
URETHRAL OR VAGINAL:		
Gonococcus	8.91	415
III.—CEREBRO SPINAL FLUID 10		
Wassermann reactions	44.44	9
B. Koch		1
IV.—FECES 4,337		
INTESTINAL PARASITES:	68.29	4,337
Hookworm	3.82	
Ascaris Lumbricoides	1.61	

(Continued)

(Continuation)

	Percentage Positive	TOTAL
Trichuris trichiura	29.55	
Strongyloides	.39	
Ascaris and trichuris	6.45	
Hookworm and trichuris	12.84	
Schistosoma and trichuris	3.11	
Schistosoma and hookworm	.18	
Schistosoma, ascarisL. and trichuris	.55	
Schistosoma, Ascaris and hookworm	.02	
Schistosoma, hookworm and trichuris	1.17	
Schistosoma	.85	
Hookworm, ascaris L. and trichuris	3.98	
Hookworm and ascaris	.34	
Hookworm and strongyloides	.48	
Hookworm, strongyloides and trichuris	.50	
Hookworm, strongyloides and ascaris L.	.16	
Strongyloides and trichuris	.36	
Strongyloides, ascaris L. and trichuris	.25	
Tenia nana	.13	
Tenia nana and trichuris	.11	
Oxyuris vermicularis	.02	
Trichuris and chilomastic M.	.02	
Schistosoma and tenia saginata	.02	
Hookworm, schistosoma and tenia nana	.02	
Hookworm and tenia nana	.02	
Hookworm, ascaris, Tenia N.	.04	
Oxyuris vermicularis and trichuris	.02	
Hookworm, ascaris, Trichuris and strongyloides	.06	
Hookworm, tenia solium, trichuris, ascaris and schistosoma	.02	
Chilomastic Mesnili	.02	
Hookworm, strongyloides and schistosoma	.06	
Hookworm, schistosoma, strongyloides and trichuris	.04	
Hookworm, strongyloides, ascaris and trichuris	.11	
Schistosoma, strongyloides and trichuris	.08	
Oxyuris, ascaris and trichuris	.08	
Hookworm, ascaris, tenia nana and trichuris	.04	
Tenia nana, schistosoma, and trichuris	.02	
Tenia N., trichuris and ascaris	.02	
Tenia solium	.02	
Hookworm, trichuris, ascaris and strongyloides	.27	
Hookworm, oxyuris, ascaris and trichuris	.02	
Hookworm, trichuris, schistosoma & strongyloides	.13	
Hookworm, tenia nana and trichuris	.06	
V.—CHEMICAL MICROSCOPIC EXAMINATIONS 1,299		
Urine		1,296
Milk		1
Gastric juice		1
Ascitic fluid		1
TOTAL 23,289		23,289
VI.—SAMPLES DISCARDED		527
GRAND TOTAL		23,816

REGLAMENTO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO APROBADO EN LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA EN SAN JUAN EL 29 DE JUNIO DE 1924

ARTICULO I.

De los miembros.

Sección 1.—Todo médico autorizado legalmente para ejercer su profesión en Puerto Rico, que sea de buena conducta moral y profesional y que no defienda o practique o asegure que practica un sistema exclusivo de medicina, puede ser elegido socio.

Sección 2.—Todo candidato debe hacer su solicitud por escrito, especificando su edad, sitio y fecha de su graduación, en donde ha ejercido la profesión y la fecha de la licencia para ejercer en la Isla. La solicitud debe venir acompañada de la cuota correspondiente y firmada por dos miembros de la Asociación.

La solicitud será referida a la Directiva General, la cual por sí misma o por mediación de la Junta Directora del Distrito en el cual ejerza el solicitante, indagará sus cualidades y se asegurará de que esté debidamente autorizado para ejercer la medicina y cirugía en la Isla. La Directiva informará la solicitud en la sesión siguiente. La votación se hará por papeletas cerradas siendo necesario las dos terceras partes de los votos presentes para dar admisión al solicitante.

La solicitud será entregada al Secretario quien la guardará y quedará encargado de la tramitación final de la misma.

Ningún solicitante que haya sido rechazado podrá presentar nueva solicitud hasta después de pasados seis meses de la primera.

Sección 3.—Todo socio que esté bajo pena de suspensión o separación o cuyo nombre se haya retirado del registro de socios por causas justificadas, estará incapacitado para gozar de ninguno de los derechos, ni privilegios de esta Asociación. No le será permitido tomar parte en ninguno de sus actos sociales hasta que no haya sido rehabilitado.

Sección 4.—Todo miembro que asista a la Asamblea Anual de la Asociación consignará su nombre en el libro de registro, indicando el distrito a que pertenece.

Cuando se hayan verificado sus derechos como tal miembro de la Asociación, recibirá un distintivo que le servirá para que se le reconozcan sus derechos a todos los privilegios sociales. No se permitirá a ningún socio que tome parte en la sesión anual hasta que no haya cumplido con las prescripciones de este artículo.

ARTICULO II.

Asamblea anual y Sesiones especiales.

Sección 1.—La Asociación celebrará una asamblea anual en la fecha y lugar que haya fijado la Cámara en la Asamblea precedente.

Sección 2.—Las sesiones especiales o extraordinarias de la Asociación o de la Cámara de Delegados serán convocados por el Presidente cuando él lo estime necesario o a su vez cuando así lo solicitare una mayoría de delegados, o el 10% de los miembros de la Asociación.

ARTICULO III.

Asambleas Generales

Sección 1.—Todos los miembros que figuren en el registro de la Asociación pueden asistir a tomar parte en las discusiones y procedimientos de las Asambleas generales y comités de la misma.

Las sesiones serán presididas por el Presidente o Vice-Presidente o el Consejero de turno, y, constituída la mesa y abierta la sesión, se procederá a la lectura de los trabajos científicos y a la discusión de los mismos con sujeción al orden establecido en el programa de la sesión.

Sección 2.—La Asamblea general puede recomendar a la Cámara de Delegados el nombramiento de comités o comisiones en asuntos de interés especial y de importancia para la profesión y el público.

ARTICULO IV.

Cámara de Delegados.

Sección 1.—La Cámara de Delegados se reunirá a las dos de la tarde del día anterior al fijado para la apertura de la Asamblea General.

Sus sesiones formarán una parte especial del programa, procurándose que no perturben la labor de la Asamblea, ni a su vez sea ésta perturbada.

Sección 2.—Cada Sociedad de distrito tendrá derecho a enviar a la Cámara de Delegados como representantes, un delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Secretario y Presidente.

Sección 3.—La mitad más uno del total de los delegados a la Cámara formarán "quorum". *Disponiéndose,* que después de la primera citación bastarán una tercera parte de los delegados para formarlo.

Sección 4.—La Cámara de Delegados por medio de sus miembros, del Consejo y de cualquier otro modo, prestará atención diligente para estimular los trabajos científicos y el espíritu de la Asociación; y constantemente estudiará y se esforzará para que cada Asamblea anual resulte un escalón más hacia mayores progresos.

Sección 5.—La Cámara de Delegados estudiará y dará consejo en todo lo referente a los intereses materiales de la profesión y del público, en aquellos asuntos importantes que dependen de la profesión. Hará uso de sus facultades en caso necesario, esforzándose en conseguir y poner en vigor leyes idóneas, así médicas como de sanidad pública.

Sección 6.—Elegirá el representante a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana de acuerdo con la constitución y reglamento de aquel cuerpo.

Sección 7.—Tendrá autoridad para elegir comités en asuntos especiales de entre los miembros de la Asociación que no pertenezcan a la Cámara de Delegados. Estos comités informarán a la Cámara de Delegados y pueden estar presentes y tomar parte en la discusión de sus informes.

Sección 8.—Aprobará todos los memoriales y resoluciones adoptadas en nombre de la Asociación antes de que sean puestos en vigor.

Sección 9.—Dividirá la Isla en siete distritos senatoriales, determinando los pueblos que correspondan a cada uno de éstos.

ARTICULO V.

De la Elección de los Funcionarios

Sección 1.—Toda elección se hará por papeletas y resultarán electos los que obtengan mayor número de votos en votación secreta.

Sección 2.—La elección de los funcionarios será el primer asunto de que se trate en la orden del día en la Cámara de Delegados en la tarde del segundo día de la asamblea anual, después de la lectura del acta de la sesión anterior, siendo competencia exclusiva de los Delegados la elección de la Directiva de la Asociación.

Sección 3.—Los miembros de la Cámara de Delegados no son elegibles para ningún cargo, excepto para los de consejeros.

ARTICULO VI.

Deberes de los Funcionarios

Sección 1.—El Presidente presidirá todas las sesiones de la Asociación y de la Cámara de Delegados; nombrará los comités que de otra manera no están previstos por reglamento; hará un informe anual en la ocasión señalada para el caso y llenará los demás requisitos exigidos por el uso y costumbres parlamentarias.

Será leader de la profesión en la Isla durante el término de su cargo; y, en cuanto sea posible, visitará, previo aviso, a las sociedades de distrito y auxiliará al Comité de Propaganda en las funciones que le están encomendadas, y a los consejeros en el fomento de las asociaciones de distrito procurando que el trabajo de éstas sea lo más práctico y útil posible.

Sección 2.—El Vice-Presidente auxiliará al Presidente en el desempeño de sus deberes. En caso de muerte, renuncia, o separación del Presidente, tomará la presidencia, y el Consejo elegirá de su seno uno de sus miembros para sucederle.

Sección 3.—El Secretario atenderá a las asambleas generales y a las sesiones de la Cámara de Delegados y llevará las actos de ambos cuerpos en libros separados. Será, ex-oficio, Secretario del Consejo, tendrá bajo su custodia todos los archivos, libros, publicaciones y documentos que pertenezcan a la Asociación y hayan llegado a su poder, excepto aquellos que pertenezcan legalmente al Tesorero. Llevará cuenta de todos los fondos de la Asociación que pasan por sus manos y que entregará al Tesorero. Llevará un registro de los delegados y miembros de la Asociación. Con el auxilio de los secretarios de las asociaciones de distrito, llevará un registro índice por tarjetas de todos los médicos que practiquen legalmente la profesión en la Isla, anotando en cada caso el nombre completo, fecha de nacimiento, dirección, sitio y fecha de graduación, fecha de la licencia para ejercer en la Isla, y su relación con la Asociación Médica.

A petición de la Asociación Médica Americana remitirá a ésta una copia de estas listas. Llevará la correspondencia oficial, notificará a los miembros de la celebración de las reuniones: a los funcionarios, su elección como tales y a los comités sus nombramientos y sus deberes. Nombrará los empleados que fueren autorizados por la Cámara de Delegados, hará un informe anual a la Cámara de Delegados: suministrará a las sociedades de distrito todos los impresos necesarios para que éstas hagan sus informes anuales .De acuerdo con la Comisión de trabajos científicos, preparará el programa de las asambleas.

ARTICULO VII.

Del Consejo.

Sección 1.—El Consejo se reunirá el día anterior de la Asamblea, tantas veces como se estime necesario, o previa citación del Presidente o a petición de los Consejeros. Se reunirá el último día de la Asamblea Anual para organizar y deliberar sobre los trabajos del año siguiente. Elegirá un escribiente, el cual, en ausencia del Secretario de la Asociación, redactará las actas. Hará un informe anual a la Cámara de Delegados.

Sección 2.—Los Consejeros serán organizadores, árbitros y censores en los distritos que a cada uno se señalare. Cada Consejero girará una visita anual a los distritos que le correspondan con objeto de enterarse del estado de estas asociaciones y mejorar y estimular el celo de las asociaciones de distrito, y de sus miembros. Harán un informe anual de sus trabajos y de las condiciones de la profesión de sus distritos en la sesión anual de la Cámara de Delegados. Los Consejeros tienen derecho a indemnización por gastos de viaje a sus distritos, pero no a los gastos en que incurrieren por asistencia a la sesión anual.

Sección 3.—El Consejo será la Junta de Censores de la Asociación y estudiará las cuestiones que se refieren a los derechos y créditos de los miembros, con relación a otros miembros, con las sociedades de distrito o con esta Asociación. Todo caso de ética médica que se presente a la Cámara de Delegados o ante una Asamblea Anual será referido sin discusión. El Consejo constituirá el Tribunal de Apelación.

Sección 4.—Anualmente investigará las cuentas del Tesorero, Secretario y otros empleados de la Asociación, informando acerca de las mismas en su informe anual a la Cámara de Delegados y en cuyo informe se especificarán los gastos de la Asociación durante el año. En caso de vacantes en los puestos de Secretario o Tesorero, hará nombramientos provisionales para el desempeño de estos cargos hasta la próxima Asamblea Anual.

ARTICULO VIII

Sección 1.—Tendrán carácter permanente los comités siguientes: un comité de Asuntos Científicos; un comité de Propaganda; un comité de Beneficencia; un comité de Salud Pública y Educación, un comité de Publicación, y un comité de Legislación y Política. Estos comités serán nombrados por la Cámara de Delegados, y en su defecto por la Junta Directiva.

Sección 2.—El Comité de Asuntos Científicos se compondrá de cinco miembros, uno de los cuales será el Secretario y de acuerdo con las instrucciones de la Cámara de Delegados, determinará el carácter y plan del trabajo científico de cada asamblea. Con treinta días de anticipación a la Asamblea Anual, preparará el programa científico de la misma, indicando el orden a que ha de sujetarse la presentación de los trabajos y su discusión. Su fin principal será estimular los estudios e investigaciones científicas entre los miembros de la profesión, organizando por lo menos una asamblea anual. Este comité se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación. Tres de estos miembros se entenderá que forman "quorum".

Sección 3.—El Comité de Legislación y Política se compondrá de tres miembros que bajo la dirección de la Cámara de Delegados, tendrá la representación de la Asociación para obtener y poner en vigor leyes que respondan al interés de la salud pública y a la ciencia médica. Se mantendrá en contacto con la opinión pública profesional y procurará dar forma a la misma para obtener los mejores resultador en favor de la comunidad y conducirá la influencia de la profesión de tal modo que promueva el beneficio general en los asuntos locales y territoriales. Vigilará toda legislación que afecte al ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico y utilizará todos los medios a su alcance para garantizar el mejor éxito de sus gestiones.

Sección 4.—El Comité de Propaganda tendrá el deber de sostener una campaña intensa y continua para la adquisición de nuevos socios. Deberá hacer por lo menos un recorrido anual por toda la Isla, entrevistando personalmente a todos los médicos, para obtener su ingreso en la Asociación. Deberá estar pendiente de todos los médicos que revaliden la profesión y tratará de conseguir que se hagan miembros de la misma. Por lo menos dos veces al año, enviará una circular a todos los médicos de la Isla que no pertenezcan a la Asociación, explicándoles los fines y ventajas de ella. Este Comité constará de cinco miembros y se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación.

Sección 5.—El Comité de Beneficencia será el cuerpo consejero para todo cuanto se relacione con los servicios en los municipios, extendiéndose su acción a los servicios médicos en los Departamentos Insulares, como Sanidad, Comisión de Indemnizaciones a Obreros, Cruz Roja, Sanidad Marítima y aquellos otros servicios en sociedad s o corporaciones, etc. Este Comité rendirá un informe anual a la Cámara de Delegados, por conducto del Presidente de todo cuanto se relacione con el servicio de médicos de beneficencia, sugiriéndole todas aquellas medidas que propendan a la protección y mejora de la condición de médicos titulares. Dicho comité se regirá por un Reglamento ad hoc., expresamente redactado para regir y regular su conducta, y deberá estar constituído por cinco miembros y cinco suplentes correspondientes.

Estos miembros deberán haber ejercido la Beneficencia Municipal por un período no menor de cinco años, con residencia en la Isla por igual número de años. Cada suplente respectivo actuará en lugar y por orden del miembro propietario respectivo.

Sección 6.—El Comité de Publicación publicará por lo menos cada dos meses una revista médica en la que dé cabida a cualquier trabajo que se reciba de índole científico o de carácter práctico en defensa de la clase y que a su juicio sea de interés para la profesión. Este comité se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación.

Sección 7.—Cada comité rendirá un informe por escrito al Presidente de la Asociación, en el que constará detalladamente todas sus actividades. Estos informes serán publicados en la Revista de la Asociación y sometidos a la Cámara de Delegados para su consideración en su sesión anual ordinaria, quien hará las recomendaciones pertinentes al caso a la Asamblea.

ARTICULO IX.

Sociedades de Distrito

Sección 1.—Las asociaciones de distrito estarán compuestas por miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, residentes en los distritos respectivos, y recibirán mediante solicitud, su carta constitutiva como parte componente de esta Asociación.

Sección 2.—Cada asociación de distrito eligirá una Junta Directiva compuesta de un Presidente, un Vice-Presidente, un Tesorero, y un Secretario; tres de los cuales formarán "quorum".

Sección 3.—Las cartas constitutivas serán otorgadas, solamente con la aprobación del Consejo y serán firmadas por Presidente y Secretario de esta Asociación. Ninguna Sociedad de Distrito podrá obtener su carta constitutiva a menos que no cuente con un número mayor de 20 miembros. Disponiéndose que si después de constituída una Sociedad de Distrito, su número de socios bajara a menos de diez, su carta será automáticamente cancelada, y sus miembros serán asociados a la sociedad de Distrito que mejor convenga. Con la recomendación del Consejo, puede revocar la Cámara de Delegados la carta constitutiva de cualquier sociedad de Distrito si su proceder no está de acuerdo con la letra y espíritu de esta constitución y reglamento.

Sección 4.—Cualquier médico que se sienta agraviado porque se le niegue la admisión como miembro de la Sociedad de su distrito o porque se le haya suspendido o expulsado, tendrá derecho a apelación ante el Consejo. La decisón de éste será final.

Sección 5.—Para las decisiones de la apelación ante el Consejo puede éste admitir testimonios orales o por escrito según se considere mejor para el mayor esclarecimiento y legalidad de los hechos; pero en cada apelación, tanto en el concepto de miembros de la Junta como en el de consejeros individualmente de su distrito, procurarán que antes de la vista se llegue a un acuerdo conciliatorio.

Sección 6.—La Asociación de Distrito tendrá la dirección general de los asuntos profesionales del mismo y ejercerá constantemente su influencia en beneficio del mejoramiento científico, moral y material de los médicos de distrito. Todos los miembros están en el deber de hacer esfuerzos sistemáticos hasta que la sociedad comprenda a todos los médicos legalmente calificados para el ejercicio de la profesión residentes en el distrito.

Sección 7.—Cada sociedad de distrito elegirá con antelación a la asamblea anual de la Asociación un Delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Presidente y Secretario, para que la representen en la Cámara de Delegados. Los secretarios de las sociedades de distrito enviarán al Secretario de la Asociación cuando menos diez días antes de la reunión de la Asamblea Anual, una lista de los delegados de su distrito. (Véase Artículo IV, Sección 2).

Sección 8.—Los secretarios de las sociedades de distrito llevarán un registro de todos sus miembros y, otro de los médicos no afiliados existentes en dicho distrito, en el cual se anotarán nombre y apellido, dirección y fecha de graduación, fecha de la licencia para practicar en la isla y cualquier otro informe que pudiere ser necesario. El Secretario debe anotar en la lista de médicos todos los cambios

que se efectúen, por fallecimiento, variaciones de residencia, etc., y al hacer su informe anual cuidará de inscribir a todos los médicos que hayan vivido en el distrito durante el año.

Sección 9.—Los Secretarios de las sociedades de distrito informarán al Secretario de la Asociación un mes antes de la fecha de la Asamblea Anual una lista de todos sus miembros, de sus juntas de gobierno, lista de delegados y lista de los médicos no afiliados al distrito.

Sección 10.—Las Asociaciones de Distrito celebrarán reuniones por lo menos dos veces al año.

ARTICULO X.

Reglas Generales

Sección 1.—Ningún discurso o documento leído en la sesión excepto por el Presidente consumirá más de 20 minutos; y, ningún miembro consumirá un turno de rectificación por más de cinco minutos, ni más de una vez sobre el mismo asunto, excepto por el consentimiento de la mayoría de la Asamblea.

Sección 2.—Cualquier documento leído ante la Asamblea o cualquiera de sus sesiones, será propiedad de la Asociación. Después de leído un trabajo será entregado al Secretario.

Sección 3.—Las deliberaciones de esta Asociación se regirán por los usos parlamentarios y de acuerdo con las leyes de orden "Robert", siempre que no estén en conflicto con este Reglamento.

Sección 4.—Los principios de ética médica aceptados por la Asociación Médica Americana regularán la conducta de los miembros en sus mutuas relaciones y con el pueblo.

ARTICULO XI.

Enmiendas.

Este Reglamento podrá ser enmendado por las dos terceras partes de los votos de todos los delegados en asamblea magna, siempre que la enmienda haya sido presentada con un día de anticipación.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Décima Sesión Anual del Congreso Americano de Terapia Física.

La décima sesión del Congreso Americano de Terapia Físcia tendrá lugar en los días 5, 6, 7 y 8 de octubre, 1931 en el Hotel Fontenelle, Omaha, Nebraska. El programa del Congreso es en extremo interesante. Habrá un gran número de conferencias clínicas en materias médicas y quirúrgicas, teniendo el Congreso la cooperación del Colegio de Medicina de la Universidad de Nebraska y del Crighton University School of Medicine. En la sección de ojos, oídos, nariz y garganta, se darán clínicas sobre amígdalas todos los días. La aplicación de la electricidad a las amígdalas será un tema que será discutido también. El Congreso tiene especial gusto en invitar a la Asociación Médica de Puerto Rico y a todos los médicos en general.

Vacante para un Médico.

Se ha recibido atenta comunicación del Dr. Friend Lee Mickle, Director del Negociados de Laboratorios del Departamento de Sanidad de Connecticut, dirigida al Director del Laboratorio Biológico de Puerto Rico, Dr. Costa Mandry, anunciando la vacante del puesto de Sub-director de dichos laboratorios. Para dicho puesto se exige una persona con experiencia amplia. y conocimiento en trabajo ejecutivo. El trabajo es principalmente ejecutivo no habiendo oportunidad de hacer trabajos de investigación. La posición es "full time" y se requiere al aplicante tener conocimientos extensos en bacteriología, química sanitaria y serología. El sueldo dependerá de la experiencia y conocimientos del solicitante. Para informes diríjase al Dr. Friend Lee Mickle, Director del Negociado de Laboratorios del Departamento de Sanidad, Box 1001, Hartford, Connecticut.

Dr. Leopoldo Figueroa.

Durante el mes regresó a Puerto Rico procedente del Congreso Pan-Americano celebrado en Méjico el Dr. Leopoldo Figueroa.

Dr. Francisco Hernández.

Recientemente embarcó hacia Estados Unidos con el propósito de someterse a una delicada operación quirúrgica y a llevar a su primogénito a una universidad americana este estimado médico.

Nuevos Médicos.

Durante el mes de octubre han tomado la reválida ante el Tribunal de Médicos Examinadores de Puerto Rico los siguientes médicos:

Dr. José Angel Aybar,
Dr. Juan Basora,
Dr. Ricardo Fernández,
Dr. Francisco Nochera,
Dr. Elí S. Rojas,
Dr. Francisco A. Ferraioulli,
Dr. Andrés S. Meléndez,
Dr. Antonio Acosta Velarde,
Dr. José M. Rodríguez,
Dr. Manuel Rodríguez Emma.

Nuevos miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico:

Durante el año han ingresado en la Asociación Médica de Puerto los siguientes compañeros:

Dra. Elisa Rivera, de Manatí,

Dra. Leigh Stoeck del Hospital San Lucas de Ponce,

Dr. Bou de la Torres, del Departamento de Sanidad, San Juan.

Dr. Walter C. Earle de la Fundación Rockfeller, San Juan.

Dr. Juan Camacho, San Juan,

Homenaje al Dr. Biamón.

Como anunciamos en nuestro número anterior el 23 de agosto tuvo lugar en los salones de la Asociación Médica de Puerto Rico un merecido homenaje de simpatía y afecto a nuestro querido amigo que se ausenta a París, Dr. Biamón. La sociedad de Puerto Rico en justo aprecio y homenaje a este distinguido amigo y compañero que de tantas simpatías goza en Puerto Rico, rindió un homenaje que tuvo lugar en el Hotel Condado Vanderbilt.

Dr. Manuel Martínez Roselló.

Es con profundo pesar que damos la infausta nueva del fallecimiento de este querido compañero que hacía honor a nuestra noble profesión. El Dr. Martínez Roselló ejerció durante muchos años el sacerdocio de la medicina en Puerto Rico. Al sepelio de su cadáver que tuvo lugar en Santurce asistió nutrida representación de la clase médica de Puerto Rico y el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. Manuel Díaz García.

Dr. William Galbreath.

Se encuentra en Estados Unidos este compañero, Director del Hospital Presbiteriano, a donde marchó con motivo de la muerte de su señor padre. Lamentamos esta triste noticia y expresamos al compañero, nuestro profundo pesar.

Dr. José Antonio López Antongiorgi.

Procedente de Nueva York se encuentra en Puerto Rico en asuntos de negocio y pasando algunos días de descanso en esta isla este querido compañero y amigo que reside en la gran urbe neoyorquina. El Dr. López Antongiorgi es un amigo de valer con que cuenta la Asociación Médica de Puerto Rico y la clase médica del país en Estados Unidos. Le deseamos grata permanencia en nuestra pequeña isla y que sus visitas tan esperadas y apreciadas por nosotros se repitan con frecuencia.

ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE PONCE

El 13 de septiembre en el Club Deportivo de Ponce tuvo lugar la sesión anual de la Asociación Médica del distrito de Ponce. La concurrencia fué bastante numerosa estando presentes el Presidente, Vice-presidente, y Secretario de la

Asociación Médica de Puerto Rico. El programa científico estuvo a cargo de distinguidos compañeros que presentaron casos de interés ante la concurrencia, encontrándose entre éstos los doctores M. Díaz García, F. de Jesús, L. Yordán y E. García Cabrera.

La concurrencia fué obsequiada con un espléndido banquete en el Hotel Meliá, obsequio de los Sres. González y Cía y Ledo Ríos.

La Asamblea reunida en sesión ejecutiva por la tarde adoptó varias resoluciones:

1.—Llamar la atención a la Asociación Médica de Puerto Rico en cuanto a lo que se refiere al anuncio profesional. Fué la expresión unánime de la Asamblea que debe procederse con mano firme y sin contemplaciones de ninguna clase en el caso de los compañeros que se anuncian en el periódico violando así los acuerdos de nuestra Asociación.

2.—Se resolvió por la Asamblea en cuanto a la acre polémica en la prensa diaria del país entre el Dr. Bernabe y varios optómetras que la lógica conclusión de los intereses del público estarán mejor servidos y garantizados acudiendo al oculista en primer término para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos visuales y únicamente al optómetra en segundo término para la preparación adecuada de los cristales prescritos.

Finalmente que la Asociación Médica del distrito de Ponce declara enfáticamente que considera improcedente y anticientífica toda ley o parte de ley que conceda a los optómetras el privilegio de practicar exámenes y prescribir por sí mismos su corrección.

3.—Resolvióse por la Asamblea expresar su profundo sentimiento por haber cesado el Dr. Pavía Fernández en la dirección de la Beneficencia pública de San Juan después de haber llevado a cabo una labor de altos méritos no comparada con la de ninguna otra administración. Entre las cosas de más realce durante la administración del Dr. Pavía se encuentran, la erección del Hospital de Niños, dotar a San Juan de cuatro ambulancias con servicio médico y de comadronas, reorganizar la beneficencia de San Juan y el trabajo médico de los hospitales de San Juan.

La directiva electa por la Asociación Médica del distrito de Ponce para regir sus destinos durante el próximo año es como sigue:

Presidente .....Dr. F de Jesús
Vice presidente ..... Dr. Américo Serra
Secretario ..... Dr. Leandro Santos
Tesorero ...Dra. Dolores Pérez Marchán
Delegados a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico:
Dr. Riera López.
Dr. Bartoloméi.

REVISTA DE REVISTAS

Magath Thomas and Essex Hiram E.—Concerning the distribution of Diphillo-bothrium latus in North America.

Jr. Prev. Med. 1931. 5: 227.

Los autores presentan un resumen de la literatura con respecto a la presencia de infestación con Dibothrio Cephallus-latus en los Estados Unidos especialmente en Minnessotta, Michigan, y la región cerca de Winnipeg, Canada. Presentan en su trabajo un estudio detallado de la distribución de este parásito en las regiones de los Grandes Lagos. Suponen los autores que debido a la abundancia de pescado infectado en esas regiones deben recomendarse medios de control que garantizen a las personas que residen en esta región de infección con este parásito. Como el parásito se transmite por medio de las ovas que se encuentran en la excreta del individuo afectado y se trasmite al pez que es el portador de él y el cual lo trasmite al hombre que lo ingiere, recomiendan que a todos los desagues de alcantarillas que provienen de regiones infectadas con este parásito debe añadírsele alguna solución desinfectante que mate al mismo. También informan al público la necesidad y la conveniencia de cocinar bien el pez. El pez infectado no debe probarse hasta tanto no esté completamente cocido. Amenudo las mujeres judías en estas regiones se infectan en esta forma. Debe haber algún medio de informar los casos humanos y de aislar a las personas infectadas hasta que expelan el parásito. Deben hacerse exámenes periódicos en todos los inmigrantes que provienen de regiones infectadas. Debe también hacerse una campaña tendiente a evitar que se alimenten perros con esta clase de pescado. Los autores examinaron un gran número de pacientes de las regiones de Minnesotta. Encontraron pacientes infectados en tres de los Grandes Lagos. La primera infestación con este parásito en América del Norte ocurrió en inmigrantes que acostumbraban comer pescado sin cocer y que provenían de los estados Bálticos, de Dinamarca, Finlandia, Lithuania y de Alemania. Mucha de esta gente, especialmente los escandinavos y finlandos venían a vivir a las regiones centrales de Norte América alrededor de los pequeños lagos y de los grandes lagos, sitios propiamente adecuados para la trasmisión del parásito a los peces que abundan en estas aguas.

En Puerto Rico el doctor Antonio Martínez Alvarez informó en el 1928 el primer y único caso de infestación con este parásito que se ha registrado en esta isla. Su trabajo fué publicado en el Porto Rico Journal of Public Health.

O. C. M.

Havens, Leon C. and Mayfield, Catherine A.—The Significance of Agglutinines in Normal Persons.

Jr. of Preventive Medicine—July 1931, 5; 295.

En la introducción a su trabajo llaman la atención los autores sobre la presencia de aglutininas en el suero de personas aparentemente normales como evidencia de infección anterior con el agente específico debido a infección clínica, subclínica o a vacunación anterior. Citan numerosos estudios en la literatura a este respecto. Llaman la atención también de la presencia de aglutininas contra el bacilo tífico en pacientes tuberculosos y citan un autor que encontró en 40% de estos pacientes que no habían sido vacunados anteriormente aglutininas contra el bacilo tífico. La investigación de estos autores se concierne principalmente con la presencia de aglutininas contra el bacilo tífico y disentérico en la población normal y la reacción de dicho suero hacia los antígenos específicos. La naturaleza especifica de aglutininas normales y la presencia de aglutininas contra el meningococo en portadores y personas normales.

Como conclusión a su trabajo los autores dicen que la demostración de anticuerpos específicos puede interpretarse únicamente como el resultado de infeciión en alguna forma. Que la presencia de estos anticuerpos son índice de la prevalencia de la infección en las regiones en que se hace el estudio. Esto se refiere principalmente a individuos que no han sido inyectados

con agentes específicos los cuales se sabe producen anticuerpos específicos en el suero o sangre de las personas.

O. C. M.

Grantham—Hill, C.—"Some clinical observations on Mycetoma".—Trans. of Roy. Soc. of Tropical Medicine & Hygiene—Vol. XXV —Jone, 1931:39.

Como resumen a su trabajo dice el autor lo siguiente:

1—De 184 casos de micetoma estudiados, 118 fueron de la variedad de granos negros y 66 de granos amarillos.

2—Es probable que todos los granos negros sean de la variedad de maduromicosis y que los otros sean micetomata actinomicótica.

3—El tratamiento usado fué quirúrgico. En 141 casos se practicó la operación local, removiendo el tumor sin penetrar la cápsula y en algunos casos se removió parte del hueso y hasta todo el hueso si se encontraba con alguna necrosis. Si accidentalmente se abría la pseudocápsula, la operación se seguía entonces con nuevos instrumentos y bien distante del tumor. En 43 casos se practicó la amputación.

4—Se discute en este trabajo la virulencia relativa de ambas variedades y la diferencia en sus manifestaciones clínicas.

En cuanto a la virulencia dice que el tipo actinomicótico es más insidioso en su crecimiento. El "madura negro" forma un tumor localizado en los tejidos subcutáneos.

El tipo actinomicótico forma trayectos fistulosos relativamente tarde, generalmente después que los tejidos profundos y hasta los huesos, han sido invadidos.

Como la variedad blanca se asemeja mas que la negra a los tejidos normales (grasas y tejido fibrosos del pie) es más difícil remover el tumor en su totalidad por medio de operación local.

R. M. S.

Ernest P. Boas. — El reumatismo poliarticular agudo en inmigrantes puertorriqueños de edad adulta.—Amer. Jour. Med. Sc. Vol. 182 (July 1931), No. 712, p. 25.

El autor ha estudiado 18 casos de fiebre reumática en inmigrantes adultos de Puerto Rico quienes contrajeron la enfermedad en Nueva York. El cuadro clínico presentado por este grupo es comparado con el de cien pacientes de fiebre reumática escogidos al azar en adultos no puertorriqueños que habian sido admitidos al Hospital Monte Sinaí de Nueva York durante un período de tres años. La duración de la enfermedad; el número de casos con manifestaciones agudas, tales como pericarditis; el número que presentaba manifestaciones severas al principio de la enfermedad, el número de casos con nódulos subcutáneos, y la gravedad de la enfermedad (si leve o de intensidad moderada o severa) fué comparada en los dos grupos de casos. El autor encuentra, como regla general, que el reumatismo poliarticular agudo en los inmigrantes puertorriqueños en Nueva York es de duración más larga; que comienza con manifestaciones graves más frecuentemente; que está complicado con manifestaciones agudas (como pericarditis) y acompañado de nódulos subcutáneos en un mayor número de casos y que es de más severa intensidad en un porcentaje más alto que en el de los adultos no puertorriqueños usados como controles. Basándose en evidencia indirecta llega el autor a la conclusión de que la fiebre reumática es rara en Puerto Rico y que cuando contraída por puertorriqueños tiende a asumir un carácter grave y a presentar manifestaciones similares a las que se encuentran en niños; y sugiere que esto pueda ser debido a una mayor susceptibilidad debida a la falta de exposición a la enfermedad en su país nativo y, por lo tanto, a la presencia en estos individuos de una inmunidad muy limitada.—**E. K.**

THE QUEST

For a Safe, Nutritious and Digestible Milk Leads to

DRYCO

DRYCO is more than a name. DRYCO is the culmination of centuries of progress in the milk industry. It is a definite guarantee of the purest milk available today for Infant Feeding. By eliminating milkborne infections, DRYCO epitomizes the goal of Modern Preventive Medicine, for it offers the doctor one more weapon for insuring the health of the community.

FR. SCHOMBURG, Distribuidor.—80 Luna St., San Juan.

ALGO MAS QUE UN ANALGESICO

ELIXIR DE PYRAMINAL

PARA EL ALIVIO DEL DOLOR COMO TAMBIEN DE LA TENSION NERVIOSA

PYRAMINAL cubre un amplio radio de indicaciones que abarca todos aquellos estados en que el insomnio y el dolor u otras molestias están asociados.

PYRAMINAL es también de suprema utilidad en casos de neuralgía, cefalalgía, hemicránea, desarreglos menstruales (dismenorrea), desórdenes climatéricos y para antes y después de operaciones quirúrgicas y odontológicas.

DOSIS: Para adultos una cucharadita de Elixir de Pyraminal repetida en media hora si fuése necesario. En casos de dolores intensos se puede duplicar la dosis.—Si el dolor vuelve a la hora de dormir y está asociado con inquietud o insomnio, dos cucharaditas darán pronto alivio y producirán el sueño.

ENVASE: El Elixir de Pyraminal se vende en frascos de a 4 y 12 onzas.

H. A. Metz Laboratories, Inc., 170 Varick St., New York, N. Y.

FR. SCHOMBURG, Distribuidor.—80 Luna St., San Juan.



Ensáyela GRATIS

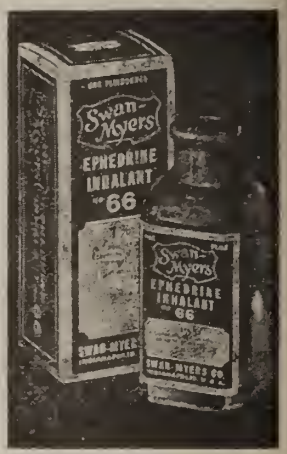
. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestésico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE
Inhalant, No. 66

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R

RESERVADO PARA PRESCRIPCION MEDICA



Una preparación de hierro orgánico especialmente eficaz en la ferroterapia.

LOS resultados altamente satisfactorios obtenidos con el Neoferrum en el tratamiento de las anemias, clorosis y condiciones similares, lo han clasificado como una preparación ideal en la ferroterapia. Restaura el vigor, el apetito y el color de una manera rápida y satisfactoria.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28 %
Manganeso Elemental	0.066 %
Acido Arsenioso	0.0007%
Maltina	30.00 %
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00 %
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00 %
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00 %

El Neoferrum ofrece al médico una activa preparación ferruginosa que produce una rápida regeneración sanguínea. Suministra hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos,—un hierro orgánico, que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso es especialmente eficaz como estimulante eritrocítico.

En muchas localidades el Neoferrum ha sido de inestimable valor para los médicos en el tratamiento de las anemias, clorosis y deficiencias sanguíneas en general, inclusive en los casos de desnutrición y adinamia.

El Neoferrum es de reacción neutra, no es astringente, es fácilmente asimilable, fortifica los organismos contra infecciones y tiende a corregir la acidosis. No mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se vende por receta médica solamente. Gustosamente enviaremos a solicitud informes clínicos específicos y muestras profesionales. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NA
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad.....

Una molestia menos del embarazo



Cuando la presión del útero grávido produce hemorroides o las agrava si ya existen, es recomendable el uso de los

Supositorios Anti-Hemorroidales
ANUSOL

Dan alivio rápido y eficaz, disminuyen la inflamación y detienen la hemorragia.

Compruebe con un ensayo las ventajas de los supositorios Anusol. Gustosamente se le enviarán muestras.

SCHERING & GLATZ, Inc.
Bloomfield, N. J., U. S. A.

Haciendo Humanidad

LAS estadísticas todavía demuestran que la proporción de criaturas que mueren antes de pasar el segundo año es grande, en demasía.

Hoy más que nunca están de acuerdo muchas autoridades médicas acerca de que el aceite de hígado de bacalao es una valiosa ayuda para robustecer a los niños debilitados y facilitar su desarrollo.



Cuarto "D"

En los laboratorios de la Emulsión de Scott, donde se determina la potencia de las vitaminas D, tan necesarias para el tratamiento de raquitismo, desnutrición etc.

Cuidadosos experimentos médicos han demostrado también que administrado en forma de emulsión se obtiene del aceite de hígado de bacalao el máximum de beneficio con el mínimum de esfuerzo digestivo.

Motivo porque vale bien tener en cuenta la preparación, única en su clase, que lleva más de medio siglo perfeccionándose: la

EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.



Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endocrino de COLE No. 3.

(Compuesto Pituitario-Thymus)

Lobo anterior de la pituitaria	2	grs.
Substancia del thymus.....	1½	grs.
Substancia tiroidea	1	gr.
Glicerofosfato de calcio.....	1	gr.

Indicaciones:
Desarrollo defectuoso en niños (físico o mental, raquitismo, dermatosis de la adolescencia, condiciones reumáticas crónicas y epilepsia.

Dosis:
Una cápsula dos veces al día después de las comidas para niños menores de cinco años. En niños de más edad una cápsula tres o cuatro veces al día. Continúese el tratamiento por varios meses o hasta que el médico lo juzgue necesario.

Compuesto Endocrino de COLE No. 1.

Hemoglobina	5	grs.
Substancia esplénica desecada	1½	gr.
Fel bovis desecado.....	½	gr.
Glicerofosfato de calcio.....	1	gr.

Indicaciones:
Anemia, mala nutrición y se recomienda en aquellos casos en que se desee un tónico reconstituyente.

Dosis:
De una a dos cápsulas tres veces al día después de las comidas.

COLE CHEMICAL COMPANY

ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**

Apartado 1559. Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.



Hay quien no se acuerda del médico sino a altas horas de la noche

NO es necesario que el descanso del médico sea interrumpido si un paciente sufre dolores más intensos durante la noche. Esto se puede prevenir. Prescríbase de antemano una o dos tabletas de **Peralga** para tales emergencias. Calman el dolor y dan sosiego. **Peralga** no es un narcótico. (*) Puede ser recetado bajo cualquier condición como analgésico y sedativo de efecto rápido, eficaz y duradero.

(*) *Es una combinación de amidopirina y ácido barbitúrico.*

PERALGA

PARA CALMAR EL DOLOR

Solicítense muestras gratis a

SCHERING & GLATZ, INC., 113 W. 18 St. New York City.

TABLETAS DE PANCREATINA

CON CAPA ENTÉRICA

PANTERIC*

PANTERIC COMPUESTAS†

PARKE - DAVIS

*Pancreatina de triple fuerza (tres veces la fuerza de la F.E.U.), 0.300 grm.

†Pancreatina de triple fuerza..0.26 grm.
Glicocolato de Sodio .....0.05 grm.
Taurocolato de Sodio .....0.05 grm.

*Utiles en la diabetes, colitis fermentativa, para individuos con peso subnormal y en lo general en casos a cuya mejoría contribuya la corrección de la digestión intestinal defectuosa.

†Utiles en casos que requieran, además de pancreatina, sales biliares, las cuales ayudan a asimilar las grasas y las proteínas y disminuyen la propensión a la putrefacción del contenido intestinal.

AMBAS SE SUMINISTRAN EN FRASCOS DE 50

Control endérmico de la fiebre en la Escarlatina

Los médicos se dan cuenta de la necesidad de reducir la fiebre en esta enfermedad por medio de drogas anti-febriles administradas localmente.

EL EMPLASTRO *Numotizine*

de una fórmula cientificamente equilibrada es de valor inestimable porque produce el efecto deseado, se absorbe a través de la piel y no causa trastornos gastro intestinales. Mejora el dolor la inflamación y la congestión en otras condiciones tales como nacidos, abcesos, torceduras y traumatismo externo. Para muestras y literatura diríjase a

NUMOTIZINE INC.

220 W. Outario St. — Chicago, U. S. A.

ROBERT & SANTINI, (Distribuidores).

Avenida Ponce de León — Santurce, San Juan, P. R.



Amytal Sódico

(POR VIA ORAL)

Valioso Coadyuvante de la Anestesia

LA administración preoperatoria de los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico elimina la ansiedad preanestésica; reduce la cantidad requerida del anestésico por inhalación; disminuye los vómitos y demás características postoperatorias desagradables.

Los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico también son efectivos en el dominio de las convulsiones del tétanos, rabia, eclampsia, y otros estados espasmódicos.

Escriba Solicitando Literatura

Eli Lilly and Company

INDIANAPOLIS, E. U. A.

Año XVIII. Número 193

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL
OCTUBRE 1924.

Año Sociedad Jurídica Parada 18 Santurce, Puerto Rico

Entered as second-class matter, January 21, 1911, at the Post Office at San Juan Porto Rico, under the Act of August 24, 1912

SUMARIO

PAGINA

EDITORIAL 359

Fiebre Hemoglobinúrica en Puerto Rico 363
Dr. Ramón M. Suárez

Breves consideraciones sobre un caso de hernia penetrante de [illegible] 380
Dr. Francisco R. de Jesús

Variaciones Patológicas 385
Dr. P. Morales Otero.

La importancia del Laboratorio en la Medicina . . . 388
Dr. O. Costa Mandry

Sociedad Médico Social 400

Revista de Revistas 403

SUSCRIPCION ANUAL 1925 POSTAL

TALLERES TIPOGRAFICOS DE MARQUEZ HERNANDEZ & CO. SUCS. SAN JUAN

AVERTIN

BASAL ANESTHESIA IN AMERICAN SURGERY

A CONSIDERABLE number of reports on Avertin by surgeons and anesthetists have appeared in American medical journals. Among the desirable features that have been emphasized are:

1. Pleasant and peaceful induction of anesthesia, even in children. . . . 2. The small amount of supplemental anesthetic required, inhalant or local. . . . 3. Adequate duration of anesthesia in prolonged operations. 4. Convenience in intracranial surgery and operations upon the head and neck. . . . 5. Smooth awakening, complete amnesia, and absence of psychic shock. . . . 6. Infrequent occurrence of nausea, vomiting, and pain, thus reducing the need for post-operative medication.

Supplied in form of Avertin Fluid (1 Gm. Avertin and 0.5 Gm. amylene hydrate in each 1cc.) in bottles of 25cc. and 100cc.

AVERTIN

Brand of ETHOBROME

The Anesthetic Administered by Rectum

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.

170 VARICK STREET — NEW YORK, N. Y.

WINTHROP QUALITY HAS NO SUBSTITUTE

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A.



Resultados Uniformes Merced A Estos dos Productos

Primero: La Película Eastman Dupli-Tized *de Seguridad y Contraste* para Radiografías es la combinación de tres elementos esenciales en toda radiografía: *sensibilidad, latitud y seguridad*, elementos que producen el máximo de detalle y contraste. Por esta razón la Dupli-Tized es la película que la radiografía moderna requiere.

Segundo: Los Productos Químicos Eastman Probados, *("Eastman Tested Chemicals")* revelan y preservan los resultados obtenidos con la Película Eastman. Su uniformidad se ha logrado gracias a pruebas cuidadosas y a la combinación químicamente correcta de los ingredientes que los componen. Con los Productos Químicos Eastman Probados se ahorra tiempo, debido a que las soluciones se pueden preparar fácilmente sin lugar a errores.

EASTMAN KODAK COMPANY

Rochester, N. Y., E. U. A.

Protejiendo a la Humanidad de las llamadas "Curas del Estreñimiento"

Todo médico sabe perfectamente que las píldoras y sales catárticas producen un alivio transitorio del estreñimiento. Lo que necesitan estos pacientes es volúmen o bulto en la dieta diaria. Por eso la clase médica recomienda el KELLOGG'S ALL BRAN.

El ALL BRAN ha sido considerado como uno de los correctivos naturales del estreñimiento transitorio o crónico.

ALL BRAN es delicioso servido como un cereal con leche helada o crema, con frutas o con un poco de miel de abejas.

Es igualmente delicioso cuando se riega sobre cereales, sopa u otros alimentos.

De venta en todos los colmados y pulperías.



Kellogg's
ALL-BRAN

Para la Desinfección Cutánea

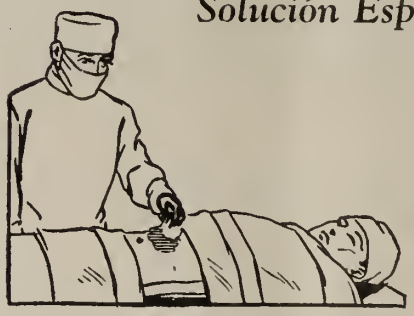
nada equivale al

MERCUROCROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Solución Especial Preoperatoria



No es tóxico
No produce dolor
No causa dermatitis
Se seca con rapidez
Penetra profundamente
Es altamente bactericida
Su roja mancha delata el área esterilizada

FORMULA: Disuélvanse 2 gramos de MERCUROCROMO en 25 c.c. de agua destilada. Añádanse luego 55 c.c. de alcohol puro y 10 c.c. de acetona. Déjense reposar dos horas y fíltrese el precipitado. Esta solución es inalterable y permanecerá activa.

¡DESCONFIE!
de todo *"Mercurocromo"* cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

Durante el Embarazo —

En los meses que preceden al alumbramiento  ya sea la paciente una joven primípara  o una multípara  delgada y débil  o fuerte y robusta  además del tratamiento usual  entre las recomendaciones obligadas  figurará:

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

"Movimiento intestinal a diario." Esto evitará frecuentes jaquecas, cansancio general y acaso hemorroides durante los últimos meses. Recete AGAROL sin temor alguno porque no afecta al útero ni perjudica a la lactación. Además es fácil de tomar por su buen gusto natural.

Gustosamente se envían muestras gratis a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc. 113 W. 18th Street, NEW YORK, N. Y., E. U. A.



La Leche Ideal para Todos los Usos

El empaque a prueba de aire de KLIM es una garantía de su pureza.

¿Qué cualidades busca usted en la leche que usa? *Pureza y alimento*, por supuesto—y todos los elementos saludables y nutritivos de la leche fresca y rica en crema.

Usted encontrará esas cualidades vitales y otras más en KLIM. Porque KLIM es leche fresca, alimenticia, producida en los mejores establos del mundo, donde las vacas son alimentadas con magníficos pastos. KLIM es leche con todas sus vitaminas, crema y elementos nutritivos que fortalecen y hacen crecer a los niños—leche pulverizada y de uso conveniente porque se conserva fresca por varias semanas en latas abiertas, sin necesidad de hielo.

KLIM por ser de fácil digestión y por su pureza es ideal para los niños. Su rico y fresco sabor de leche hace que KLIM sea la mejor leche para cocinar o como bebida. Use KLIM y déjela que "hable por sí misma".

Recuerde K-L-I-M

Representantes:

PLAZA PROVISION COMPANY

San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXIII. | OCTUBRE, 1931. | NUM. 193.

EDITORIAL

LA MALARIA EN PUERTO RICO

La malaria es uno de los grandes males, una de las grandes plagas que azota a los trópicos. Fué en el pasado uno de los terrores de los moradores de estas regiones hasta tanto se descubrió su causa, forma de trasmisión, tratamiento y medidas sanitarias para su control. De aquella época a esta parte ha continuado siendo uno de los flagelos de la humanidad en estas tierras pero no en la forma en que lo era en aquellos tiempos. Fué una de las causas principales del fracaso de los Franceses en la construcción del Canal de Panamá, obra llevada a feliz éxito por los Americanos al poner en ejecución medidas preventivas contra esta enfermedad.

La malaria se conoce en Puerto Rico desde los primeros tiempos de la colonización española. En la primera historia de Puerto Rico escrita por Fray Iñigo Abbad, y anotada por don José Julán Acosta, refiriéndose a las fiebres intermitentes (malaria) dice así: "La enfermedad que asoló a Caparra (en 1510) y que se ha juzgado por muchos que no fué otra que la fiebre amarilla, parece más bien una caqueccia palúdica por no haberse hecho mención en sus descripciones del vómito negro, síntoma el más esencial de los que debieran darla a conocer." Oviedo, al describir la situación de Caparra en aquella época, dice: "Que todos los hombres palidecieron y enfermaron" que "no se podían criar los niños que rehusaban el seno de sus madres y cuya muerte se anunciaba por el mal color que tomaban: se vieron obligados a abandonar este lugar y descubrir otro menos insalubre". "En muchos lugares se padecen de continuo las fiebres intermitentes por haber cerca de ellos aguas detenidas, manglares, bosques y en una palabra, miasmas capaces de producirlas..."

"Tales males sería mejor prevenirlos que curarlos: la higiene pública debe intervenir en vigilar los sitios que se eligen para vivienda del hombre y también en hacer desaparecer las aguas estancadas, muladares, sumideros o cualquier otro foco de infección que por la proximidad a sus viviendas sea capaz de perjudicarle".

En la época actual, época de la medicina preventiva, la malaria continúa siendo un grave problema en Puerto Rico, problema sanitario que ocupa la mente de nuestro departamento de salubridad y que cuesta al pueblo de Puerto Rico grandes cantidades de dinero. En estudios llevados a cabo por la Fundación Rockefeller en combinación con

nuestro Departamento de Sanidad se ha comprobado que alrededor de un 30% de la población que vive cerca de la costa de Puerto Rico padece de malaria en forma activa o latente. Calculando la población de esta región de nuestra isla aproximadamente en 750,000 habitantes, tenemos más o menos anualmente en Puerto Rico alrededor de 200,000 casos de malaria de una forma u otra. Durante el año fiscal pasado se informaron a la división de Epidemiología solamente 31,069 de estos casos de malaria. De 50 a 60% de los casos de malaria son causados por el plasmodium vivax y de 40 a 50% por el plasmodium falciparum que son los dos tipos más comúnmente observados en la isla. El tipo "Quartan" no es frecuente en Puerto Rico pero de vez en cuando se han encontrado casos de estos procedentes generalmente de Santa Isabel y Loíza aldea. En las montañas se encuentra más amenudo el plasmodium vivax que en otras regiones de la isla. Las tablas que damos a continuación dan una idea del número de muertes y casos de malaria informados al Departamento Insular de Sanidad.

MUERTES POR MALARIA, PERIODOS DE 5 AÑOS FISCALES

	Promedio por 100,000 habitantes	% de la mortalidad total
1900-1905	178.2	6.79
1905-1910	123.8	5.35
1910-1915	102.6	4.61
1915-1920	128.2	4.85
1920-1925	90.	4.186
1925-1930	132.2	5.82

RELACION DE CASOS INFORMADOS ANUALMENTE

	Número de casos	Promedio por 10,000 habitantes
1926-1927	8,397	57.72
1927-1928	18,888	127.7
1928-1929	26,862	178.8
1929-1930	13,536	88.72
1930-1931	31,069	201.2
Promedio de los 5 años	19,750.4	131.5

MUESTRAS DE SANGRE EXAMINADAS EN LOS LABORATORIOS DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD

		Número	POR CIENTO POSITIVO		
			Total	Vivax	Falciparum
Laboratorio Biológico					
1921-1926		7,558	22.24	68.	32.
1926-1931		31,513	18.93	61.	39.
Negociado de Malaria					
1929-1930	casos	9,279	45.7	48.2	49.5
	surveys	19,315	28.3	55.7	41.9
1930-1931	casos	12,467	59.4	42.4	53.3
	surveys	3,932	32.	52.7	43.3

La malaria es un problema principalmente de la costa, pero en los últimos años también se ha extendido hacia el centro de la isla habiendo ocurrido brotes epidémicos de bastante intensidad en la zona de Caguas, Gurabo, Juncos y hasta en la zona rural de Las Marías. Los casos se dan más frecuentemente en estos sitios hacia el final de la época de la sequía cuando se secan los ríos y arroyos formando pequeñas charcas con aguas estancadas que sirven de criaderos para los mosquitos anofelinos.

Es la opinión general, que últimamente la malaria se ha propagado al centro de la isla debido en parte al movimiento obrero hacia los centros industriales de la costa. Esta gente se infecta en la costa y debido a la depresión económica regresan a los campos llevando consigo el parásito invasor en su sangre infectando los anofelinos de los alrededores y propagando el morbo entre sus vecinos. En la zona de la costa la malaria abunda en todas épocas del año especialmente en algunas zonas que son conocidas como focos endémicos en donde la enfermedad hace estragos. Durante los últimos 4 ó 5 años la malaria ha venido en aumento en la isla de Puerto Rico. El Departamento de Sanidad para sus campañas antimaláricas consta de un negociado de malaria cuyas funciones damos a continuación:

1—Surveys y estudios, localizando los centros endémicos, averiguando las posibles causas de esta endemicidad de la enfermedad, determinando el índice de infección y haciendo planos para el drenaje de los terrenos húmedos y pantanosos para ponerlos en ejecución cuando haya medios para ello.

2—Campañas antipalúdicas.

(*a*) Drenaje del suelo y el subsuelo para acabar con los criaderos de mosquitos que son el agente trasmisor de la enfermedad y que abundan en números enormes en algunas localidades.

(*b*) Reglamentación de los sistemas de riego cuyos canales, especialmente en la época seca cuando el agua casi no tiene movimiento, constituyen enormes criaderos de mosquitos y verdaderos problemas para la salud de ls pueblos en cuya vecindad están localizados.

(*c*) Después de haber atacado y controlado hasta donde sea posible los criaderos de mosquitos, la aplicación de larvicidas para la destrucción de la larva de éstos y evitar su propagación.

3—Trabajos de emergencia, control de epidemias. Tratamiento de casos de malaria, por medio de la quinina, en aquellos sitios donde la enfermedad abunda.

4—Trabajos de investigación.

(*a*) Estudio de los hábitos del mosquito.

(*b*) Estudio de nuevos métodos.

(*c*) Epidemiología de la enfermedad.

Para terminar con esta plaga que nos azota continuamente, que es causa de gran número de muertes anualmente en nuestro pueblo son necesarias grandes cantidades de dinero, la cooperación de la clase médica, de la legislatura y de nuestro pueblo en general. Durante los últimos 12 años nuestra legislatura ha asignado la suma de $568,956 (un promedio anual de $47,413) para combatir este mal en nuestra isla. A continuación presentamos las cantidades asignadas anualmente para combatir la malaria,

(No están incluídas en esta cifra las sumas aportadas por la Fundación Rockefeller para este mismo propósito.)

Año Fiscal	Suma Asignada
1920-1925	$210,000
1925-1930	250,000
1930-1931	50,000
1931-1932	58,956
TOTAL	$568,956

Esta enfermedad, uno de los procesos patológicos cuya causa, modo de propagación, y tratamiento conocemos desde hace algunos años es todavía uno de nuestros peores enemigos y continúa arrancando vidas en nuestro pueblo a pesar de todos nuestros conocimientos y de todos los métodos que usamos para su prevención.

En el tratamiento de la malaria, la quinina ocupa todavía y sin disputa el primer puesto. Nuevas drogas entre las cuales figura el "plasmochin" están de moda en nuestro país y se usan casi exclusivamente por algunos compañeros en el tratamiento de los casos de malaria bajo su atención. Es la experiencia del Negociado de Malaria del Departamento de Sanidad de Puerto Rico y de muchos de nuestros primeros clínicos, el que la quinina es la droga por excelencia en el tratamiento de esta enfermedad y todos estos otros compuestos deben usarse en combinación con ella cuando se desee.

Es de gran importancia para el éxito de nuestras campañas antipalúdicas que la clase médica del país se interese en este gran problema de salubridad pública.

En este número aparece un trabajo sobre fiebre hemoglobinúrica, leído por el Dr. Ramón M. Suárez en la Asamblea científica de los distritos de Aguadilla y Mayagüez. Trabajos como éste, que prestigian nuestra clase tanto aquí como en el extranjero y nos dan luz en estos importantes problemas de salud, deben ser más amenudo el objeto de conferencias y discusiones en nuestras asambleas anuales y de distrito.

O. C. M.

FIEBRE HEMOGLOBINURICA EN PUERTO RICO (*)

RAMÓN M. SUÁREZ

Al hablar de la distribución geográfica de la fiebre hemoglobinúrica todos los autores mencionan las Indias Occidentales como una de las regiones donde ocurre esta enfermedad. Algunos autores mencionan específicamente a Cuba, pero no hemos visto el nombre de Puerto Rico, ni el de Santo Domingo aparecer catalogados como focos endémicos, en ninguno de los textos de medicina tropical, ni en ninguno de los trabajos de investigadores antiguos ni contemporaneos revisados por nosotros.

El Dr. C. C. Bass al presentar y discutir en su clínica de la Universidad de Tulane, un caso de hemoglobinuria malárica dice que "los casos de hemoglobinuria disminuyen según la malaria declina y finalmente desaparecen mucho antes que desaparezca la malaria"(1). Esa manifestación del Dr. Bass nos lleva necesariamente a hacernos las siguientes preguntas: habrá disminuido tanto la malaria en Puerto Rico que ya haya empezado a declinar o esté para desaparecer, la fiebre hemoglobinúrica? Cuál ha sido y cuál es la incidencia o frecuencia de esta enfermedad en nuestra isla? Habrá ocurrido aqui como en las Islas Filipinas donde de acuerdo con el Dr. Charles F. Craig(2) apesar de la gran cantidad de malaria es muy raro el caso auténtico de fiebre hemoglobinúrica?

El haber tenido bajo estudio y tratamiento recientemente un caso de fiebre hemoglobinúrica en nuestro servicio de Pediatría de los Hospitales Municipales de San Juan y el haber visto hace más de un año y debido a la cortesía del Dr. Pons, otro caso en el Hospital de la Universidad nos indujo a investigar este asunto, en la creencia que habrá de interesar solo a los pocos que esperen encontrar en Puerto Rico, las mismas oportunidades para el estudio de enfermedades tropicales geminas que encontrarían en Madagascar, en Rodesia del Sur, en Nigeria, en Sierra Leona o en Dakar.

CASO DEL HOSPITAL DE LA UNIVERSIDAD

L. P. 18 años de edad. Blanca. Soltera Ingresó el día 10 de Diciembre de 1929.

Nota de Entrada: Fiebres, escalofríos, vómitos, color amarillo de la piel y orina "hemorrágica."

Historia Pasada: Mientras vivía en Santa Isabel ha sufrido ataques repetidos de malaria. Desde el mes de Septiembre ha tenido tres ataques. El último fué el mes pasado. Los accesos se repetían diariamente pero no a la misma hora. Tomó entonces 3 cápsulas de quinina diariamente pero sólo durante los cuatro dias de fiebre.

Historia Presente: Sintiéndose perfectamente bien la noche anterior, despertó al día siguiente quejándose de anorexia—a la 1 de la tarde tuvo un fuerte escalofrío que duró 3 horas. La temperatura subió a 40°C. A las 4 de la tarde eliminó orina de un color rojo obscuro. Se quejaba de dolor en la región lumbar y de vómitos que al principio eran obscuros, más tarde verdosos, iban precedidos por una tos seca molestosa y acompañados por un fuerte dolor en la región del hígado. Al día siguiente se repitió el escalofrío aunque no fué tan largo.

Exámen Físico:—Al exámen físico vemos una joven blanca que parece estar sumamente grave y sufriendo dolores. En la piel podemos observar una profunda anemia y un marcado tin-

(*) Leído ante la Asamblea conjunta de los distritos de Aguadilla y Mayagüez, celebrada en esta última ciudad el día 27 de Septiembre, 1931.

te ictérico. El hígado rebosa el borde costal por un dedo, el bazo se palpa en inspiración profunda. Presión sistólica 108 mm., diastólica 64 mm.

Exámenes de Laboratorio:

Sangre:	Dbre. 10, 1929	Dbre. 12, 1929
Eritrocitos	2,340,000	1,455,000
Hemoglobina	40%	15%

Sangre:	Dbre. 14, 1920	Dbre. 23, 1929
Eritrocitos	780,000	740,000
Hemoglobina ..	—10%	10%

Sangre:	Enero 2, 1930	Enero 29, 1930
Eritrocitos	1,115,000	3,950,000
Hemoglobina ..	23%	60%

Hemocultivo: Negativo.
Química de Sangre: Dbre. 11, 1929.

Nitrógeno no Proteico	75.0 mgms.
Urea	32.9 "
Acido Urico	8.3 "
Creatinina	4.5 "
Calcio	7.9 "
Van den Bergh	29.9 **Units I**
Indice Ictérico	85.7

Malaria:—Negativo en todas las ocasiones.
Orina:—Sept. 11, 1929—Neutra.
Roja obscura.
Albúmina—positiva.
Leucocitos—
alguno que otro.
Eritrocitos—
alguno que otro.
Sedimento—granuloso.
Urobilina—
25,000 unidades.

Orina centrifugada y teñida con Wright:—No hay Espiroquetas.

Sept. 15, 1929—Orina clara—Prueba Benzidina positiva en el sedimento y negativa en el filtrado.

Diciembre 13, 1929—Sedimento—cristales de hematina.

Heces Fecales:—Negativo para parásitos. Urobilina—1,200,000 unidades.

Curso y Tratamiento.—La fiebre se mantuvo alta muchos dias. La hemoglobina bajó rápidamente y el dia 14 de Diciembre la paciente se encontraba sumamente grave en estado de estupor y parecia que no viviría. La orina habia aclarado. Ese día se le inyectaron 500 cmc. de sangre citratada y apesar que la temperatura subió a 105.6° F. el estado general mejoró. Pasó orina obscura al día siguiente. Volvió a tener otro escalofrio y a pasar orina opaca el dia 27 de Diciembre. Durante los primeros días se le administró glucosa intravenosamente, citrato de sodio, solución salina "per rectum," lactato de calcio y pildoras de Blaud más tarde. Se empezó con 15 granos de quinina el dia 31 de Diciembre, se omitió luego y se volvió a dar desde Enero 7 al 15 en dosis de 24 granos diarios.

La paciente fué dada de alta el día 29 de Enero, 1930, con instrucciones de seguir tomando 10 granos de quinina diariamente y el día 11 de marzo cuando fué vista otra vez, el contaje de eritrocitos era de más de 5,000,000 y la hemoglobina 83%.

CASO DEL HOSPITAL MUNICIPAL

A. C. C.—7½ años de edad. Blanco. Natural y residente de Loíza (Aldea). Ingresó en el Departamento de Niños de los Hospitales Municipales de San Juan el día 17 de Abril, 1931 a las 3 P. M. quejándose de vómitos, fiebre alta, dolor en el "estómago" y de estar pasando desde la madrugada una orina obscura "color de sangre."

Historia Familiar:—Irrelevante, exceptuando que la madre padece de malaria crónica.

Historia Pasada:—El niño nació en Loiza (Aldea) que es una de las poblaciones más palúdicas de Puerto Rico y ha vivido allí siempre. Tuvo varicela hace dos años. Ha estado padeciendo de ataques de malaria durante los últimos 4 años: un ataque agudo cada 2 a 6 meses. Ultimamente los ataques se han venido sucediendo a intervalos más cortos. Siempre ha tomado quinina durante el periodo febril y por 2 días después de la defervescencia. En una ocasión fué tratado con éxito con inyecciones intramusculares de quinina y en el mes de Junio recibió tratamiento de plasmoquina compuesta e inyecciones de arrhenal.

Alguna que otra vez ha padecido de dolores de cabeza y epistaxis.

Nunca ha sido operado. Pesa 47 libras.

Historia Presente:—Hace siete dias el pa-

ciente experimentó de pronto un fuerte dolor en el epigastrio, nauseas y vomitos incoercibles. Esa noche la fiebre subió a 39° C. y persistió durante dos días. Se le dió una cápsula de sulfato de quinina de 0.20 gm. cada tres horas por dos días, cuando la fiebre remitió se disminuyó la dosis a una cápsula tres veces al día y dos días después se omitió la quinina. Al dia siguiente de haberse omitido (el quinto de enfermedad) volvió el niño a tener una temperatura muy alta y se instituyó de nuevo la quinino-terapia por vía oral, 0.20 gm. cada tres horas. Como persistían los síntomas: fiebre y vómitos, se trajo el paciente al día siguiente a nuestro consultorio donde recomendamos persistir con la droga por vía bucal o poner una inyección de 0.50 de quinina si los vómitos no cedían. Se le puso la inyección esa tarde y tomó una cápsula por la noche, siendo esa la última dosis de quinina administrada. Estuvo muy nervioso e intranquilo toda la noche y no pudo dormir. Por la madrugada eliminó la orina dos veces color de vino, pero clara, la tercera emisión por la mañana fué más obscura y completamente opaca. Fiebre alta, náuseas, vómitos y dolor en el abdómen eran los síntomas predominantes.

Examen físico:—Estamos en presencia de un niño que parece estar muy enfermo, su piel y conjuntiva están bastante amarillas, la palma de las manos y encías muy pálidas, vomita frecuentemente. El hígado parece de tamaño normal, pero el bazo está notablemente aumentado en tamaño. Se palpa fácilmente dos dedos por debajo del borde costal. Notamos algunas glándulas cervicales infartadas y muy mal estado de la dentadura. El resto del examen físico es negativo.

Temperatura	39°C.
Pulso	120
Presión sistólica (Tycos)	80 mm.
Presión diastólica (Tycos)	50 mm.

Exámenes de Laboratorio:—

Sangre:

Abril 17, 1931.

Eritrocitos	2,300,000
Hemoglobina	30%
Tiempo de coagulación	5 min.
"Bleeding Time"	2 min.
Indice Ictérico	60
Leucocitos	6,200
Polinucleares	58%
Linfocitos	32%
Mononucleares (G)	8%
Eosinófilos	2%
Malaria	Negativa

Prueba de Fragilidad de los Corpúsculos Rojos (Método de Sanford): Empieza en 0.44% y termina en 0.32%.

El suero que se separa de la sangre es color rosado.

Se toman 5 cmc. de sangre, se ponen en contacto con hielo durante 5 minutos y en la incubadora a 37°C. durante una hora: **no ocurre hemolisis.**

Orina:—

Reacción—muy ácida.
Albúmina—positiva.
Leucocitos—muy pocos.
Eritrocitos—muy pocos.
Sedimento—muy abundante. Color brown obscuro (hemoglobina). Cristales de hematoidina.

Examen para Espiroquetas con Fuchsina—
Negativo.

Curso y tratamiento.—La fiebre alta con que ingresó se mantuvo durante tres días y entonces fué cediendo por lisis llegando a normal el quinto día. La cantidad de orina eliminada disminuyó tanto que no pasó de 100 cmc durante las primeras 24 horas y llegamos a temer una anuria. Desde su ingreso le fué administrado suero glucosado por procto e hipodermoclisis y tan pronto mejoraron los vómitos se le dió una cucharadita cada 2 horas de una combinación de drogas alcalinas (Mac Lean's powders) que contiene bicarbonato de sodio, carbonato de calcio, carbonato de magnesia y bismuto y además se le hacía tomar una cucharadita de Elixir Cloro-Calcio tres veces al día. Se examinaba la sangre para malaria diariamente y era negativa. Al segundo día, en vista que disminuía la orina, la hemoglobinuria persistía y se veía el niño mucho más pálido y amarillo; se le practicó una transfusión de 200 cmc. de sangre citratada y dejando la aguja "in situ," se instituyó una **venoclisis** glucosada que se prolongó por 8 horas a razón de 15 gotas por minuto. La fiebre empezó a ceder y la orina aumentó en cantidad y ya aparecía un poco más clara el día

después de la transfusión. Dos días más tarde la orina estaba completamente clara y la fiebre llegaba a normal. Parecía que el niño convalecía rápidamente. Cuando había estado afebril durante 7 días y estábamos pensando en darlo de alta, de pronto experimentó un fuerte escalofrío y la temperatura llegó a 40°C. Muestras de sangre tomadas entonces revelaron una infección mixta de hematozoarios: el P. vivax y el P. falciparum. Durante todo ese tiempo habíamos seguido administrando alcalinos y entonces prescribimos una sal neutra de quinina: la aristoquina. Volvió a repetirse el escalofrío al día siguiente, llegó la fiebre a 39.5°C. y fué ese el último acceso. No se reptitió la hemoglobinuria. Pocos días más tarde lo dábamos de alta con instrucciones de seguir tomando diariamente 0,40 gm. de aristoquina durante dos meses.

Deseo antes de seguir adelante, llamarles la atención hacia ciertos extremos interesantes en los casos que presentamos:

Ambos dan una historia de frecuentes accesos de malaria durante más de un año. El primero, el del Hospital de la Universidad, no había estado tomando quinina cuando sobrevino la hemoglobinuria, el otro, sí. Este no tuvo más que una crisis hemoglobinúrica, en aquel se repitieron varias veces los accesos. Nunca se encontró parásito en el caso primero, en el otro se pudo comprobar una infección mixta. En nuestro caso del Hospital Municipal podríamos acusar a la quinina como culpable de la hemoglobinuria, pero recordemos que más tarde le administramos la aristoquina en dosis completas sin provocar una recidiva.

ETIOLOGIA

Apesar de que se discute todavía el mecanismo de la hemolisis y la producción de la hemoglobinuria y que hombres como Low al discutir un trabajo presentado por Yorke, Murgatroy y Owen(8) dice todavía (1930) que la distribución geográfica de la malaria no corresponde con las areas de fiebre hemoglobinúrica, la gran mayoría de los autores contemporáneos han aceptado que la fiebre biliosa hemoglobinúrica es una complicación de la malaria, mejor dicho: una secuela de ataques repetidos de malaria en personas que han vivido durante más de seis meses en regiones hiperendémicas y que han sido irregular, intermitente e insuficientemente tratadas. (3)

Aceptado el factor malárico en la etiología de esta enfermedad aparece la teoría de Thomson (4) haciendo responsable de la enfermedad a una variedad especial del Plasmodium falciparum capaz de producir una hemolisina muy potente. Nos habla de esta teoría Cort (E.C.) en su trabajo acerca de la "Epidemiología de la Fiebre Hemoglobinúrica en Siam"(4), pero nos dice este autor que trata sus casos con inyecciones de neo-arsfenamina y que dos recidivas que pudo observar, ocurrieron en pacientes que no terminaron el tratamiento arsenical. Esta prueba terapéntica parecería indicar que no fué el falciparum el causante de esa epidemia en Chiengmai y sí una variedad del P. vivax que como sabemos es el único de los tres parásitos conocidos que puede ser destruído por la neo-arsfenamina.

La frecuencia con que ocurren infecciones mixtas de malaria (como en nuestro caso) y la evidencia de que el P. vivax es más resistente, aunque la resistencia no sea tanto del parásito en sí, como del eritrocito dentro del cual se haya alojado, explican el porqué algunos autores como Lovelace en 1913 (3) encontraron solamente el parásito de la terciana benigna en sus casos de "blackwater fever".

En cambio Thomson mismo en el Africa tropical, Deeks y James en Panamá y muchos otros investigadores encontraron el parásito de la terciana maligna

asociado a la gran mayoría de sus casos de hemoglobinuria.

Los autores ingleses James (S.P.) y Christophers (S.R.) (5) aseguran que la fiebre hemoglobinúrica se presenta casi siempre en los europeos que residen en los sitios endémicos. Hablando de la predisposición en las distintas razas, el autor alemán Mannaberg (Julius) (6) dice que los negros poseen la más alta inmunidad. Tan rara es esta enfermedad en los negros que un solo caso estudiado recientemente (1927) por Carpenter, (G. H. Hale) en un africano fué reportado como una curiosidad en la "Trans. of the Roy. Societ. of Trop. Med. and Hyg."(7) Los autores franceses también consideran la enfermedad rara en los mulatos y más común en los europeos, criollos blancos, hindús y chinos y por eso el nombre dado por ellos a la fiebre hemoglobinúrica: "Fievre jaune des creoles ou des acclimatés".

HEMOLISIS

Son tantas las teorías que se han presentado para explicar el mecanismo de la producción de la hemoglobinuria que nos contentaremos con mencionar solo algunas de ellas.

Se discutió y se discute todavía si la desintegración de los corpúsculos rojos ocurre en la circulación o dentro de algunos de los órganos como el hígado, el bazo o los riñones. Plehn (2), mencionado por Rogers, inculpa los riñones. Predomina hoy, sin embargo, la idea de que la disolución de eritrocitos ocurre intravascularmente y que se produce primero una hemoglobinemia.

Los trabajos de Dudgeon, (L) (2) en Mesopotamia aislando substancias hemolíticas de los órganos y orina disecados de pacientes hemoglobinúricos, han dado más valor a la teoría de la formación de una hemolisina en la circulación. Es esa la más simple de las teorías y la que tiene hoy mayor número de adeptos, pero que no ha podido ser comprobada sin dejar lugar a dudas.

Sir Leonard Rogers(2) hablando de las distintas teorías niega que cambios osmóticos en los eritrocitos sean la causa de la hemólisis basándose en que la prueba de fragilidad, esto es: la resistencia de los corpúsculos rojos en contacto con una solución salina hipotónica, practicada por Simmel, dió resultados negativos.

Kligler sugirió como causa de la hemoglobinuria, la acción hemolítica de la quinina en presencia de la bilis. Kessler encontró que la lecitina aumenta la acción hemolítica de la quinina "in vitro". Hewetson sospecha la presencia de un sensitizador óptico hipotético que pudiera ser, según él, uno de los "porphyrins". Mauson-Bahr (P) y Sayers, (E. G.) creen que la quinina puede producir una contracción súbita del bazo y éste arroja entonces toxina hemolítica dentro de la circulación. Blacklock y Macdonald atribuyen la condición de hemoglobinuria a la formación excesiva de ácido láctico en un organismo anémico, que sufre por consiguiente, deficiente oxidación.

El papel que juega la quinina en la génesis del ataque de hemoglobinuria es considerable y la relación que exise entre la administración de la droga y la aparición de los síntomas ha podido ser demostrado casi dramáticamente (8). Es interesante recordar que la fiebre hemoglobinúrica practicamente se desconocía, antes que el alcaloide quinina fuera aislado por Pelletier y Caventon (1820). Puede decirse que no exsistía la enfermedad en los tiempos cuando se trataba la malaria con infusiones o decocciones de la corteza de cinchona.

Experimentalmente se ha probado por

Ehert (M. K.) (9) que según se aumenta a la temperatura desde 37° C. a 40° C. es mayor la acción hemolítica de la combinación quinina y lecitina y que también la hemolysis es mayor cuando el experimento se hizo usando corpúsculos rojos que habían sido previamente sometidos a la acción del alcohol en cantidades mínimas y cuando se usó eritrocitos de un alcohólico crónico.

De un lado Borchardts y Trop mencionados por Nocht (B.) (10) han demostrado que ninguno de los productos de desintegración globular que ocurren en malaria, por sí solos ni en combinación con quinina son capaces de provocar una hemólisis. En cambio Nocht y Kikuti. (10) encontraron que una combinación neutra de amboceptor hemolítico y de antihemolisina produce hemolisis si se inyecta a un animal unida a la quinina. La droga indudablemente neutraliza o por lo menos inhibe la acción de la antilisina.

La colesterina tiene el poder de inhibir o limitar la acción hemolítica de "cobra venom" y de lecitina tanto "in vitro", como "in vivo". Nocht (10) no pudo producir suficiente hipocolesterinemia en animales anémicos, pero pudo aumentar la colesterina en el suero de la sangre de animales a los cuales les hizo ingerir la substancia y encontró que estos animales eran menos susceptibles a la acción hemolítica del amboceptor.

Como dijimos antes no se ha podido encontrar todavía en la sangre la substancia hemolítica de la hemoglobinuria. Para que pudiera ser aislada tendría que encontrarse en enorme cantidad pues se ha inyectado a animales cantidad suficiente de amboceptor hemolítico para provocar una severa hemoglobinuria, sin ser posible descubrir más tarde su presencia en la circulación.

Estamos de acuerdo con Nocht al afirmar que hay tres factores esenciales para la producción de la hemoglobinuria (1) Una substancia hemolítica desconocida resultante de la malaria. (2)—Una hipocolesterinemia y (3) quinina.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la hemoglobinuria es relativamente fácil. Una orina obscura que contiene gran cantidad de sedimento, que da una reacción positiva de sangre con la prueba de benzidina o guaiac y que al examinar el sedimento encontramos una enorme cantidad de cristales de hematina y muy pocos o ningún corpúsculo rojo quiere decir hemoglobinuria. Si se desea puede ser ésto comprobado por medio del examen espectral, en cuyo caso encontraremos las bandas en las letras D y E si es la "oxihemoglobina."

Debemos recordar que el signo hemoglobinuria puede ser producido por algunas drogas entre ellas el clorato de potasa y el ácido carbólico y por la aplicación de Rayos X al bazo y que los envenenamientos por sulfonal y verona! producen una orina rosada que no es hemoglobinuria y sí hematoporfirinuria.

En el diagnóstico diferencial de "black water fever", tenemos que pensar primero en:

1—Hemoglobinuria paroxística. Si tomamos 5 cmc. de la sangre del paciente, la ponemos en hielo durante cinco minutos, entonces en la incubadora a 37°C. por una hora, encontraremos que no ocurrirá cambio alguno si el caso es de fiebre hemoglobinúrica y observaremos una intensa hemolisis en casos de hemoglobinuria paroxística (11). Además encontraremos en esa enfermedad una menor resistencia de los eritrocitos (12) y podría-

mos a nuestro antojo provocar en el paciente un nuevo ataque de hemoglobinuria haciéndole tomar un baño frío de pies de diez minutos de duración (prueba de Rosembach) (13).

2—Fiebre amarilla.

3—Espiroquetosis ictero-hemorrágica o enfermedad de Weil.

4—Malaria perniciosa forma biliosa-remitente.

Aunque cualquiera de esas tres enfermedades pueden simular un ataque de fiebre hemoglobinúrica, el exámen de orina aclararía el diagnóstico, pues en ninguno de ellos existe una verdadera hemoglobinuria.

TRATAMIENTO

En cuanto al uso de la quinina ha habido y hay todavía interesante discusión, pero predomina la idea de que no se debe administrar esa droga si se ha estado tomando cuando ocurrió la hemólisis y si no se encuentra el plasmodium en la circulación periférica. Conil (J) (2) empieza el uso de la quinina en dosis muy pequeñas (0.05 gm.) tan pronto la hemoglobinuria desaparece. Nosotros hemos preferido no usar la quinina hasta despues de haber encontrado el parásito en la sangre y entonces usamos alguna sal neutra o alcalina de la droga, para contrarrestar el gran aumento de pH que ocurre en la orina y sangre de los pacientes y a lo cual algunos autores atribuyen papel importante en la producción de la hemólisis.

Durante la enfermedad y por algunos días después de ella, teniendo siempre en mente la acidosis, administramos una cucharadita cada 2 horas de la fórmula siguiente (Mac Lean's powders):

Sod. Bicarb.	2½	onz.
Cal. Carb.	5	"
Mag. Carb. Pond.	5	"
Bismuth Oxy. Carb.	10	drs.

Ya mencionamos a Cort. (E.C.) (4) quien trata sus casos con neo-arsfenamina y alcalinos, a Conil (J.) que inyecta 20 cmc. b.i.d. de suero "antivenom" y administra 10 gramos de cloruro de calcio al día "per os" o en solución glucosada per rectum."

La mayoría de los autores recomiendan la administración de líquidos en grandes cantidades. Conil (J) quien perdió solo uno de 27 casos en Dakar, se opone al uso exagerado de líquidos y también al uso de la solución salina. Dice (22) que cuando se usa el cloruro de sodio no es muy raro ver a un paciente curar de su hemoglobinuria, para morir pocos días después por anuria.

Algunos autores en los últimos años han usado la plasmoquina con aparente éxito.

En ambos casos de fiebre hemoglobinúrica que presentamos se usó con éxito asombroso la transfusión de sangre citratada. Nos parece este método el arma terapéutica más poderosa con que contamos en la actualidad para combatir la enfermedad. Nos pareció al principio que el citrato de sodio estaría contraindicado, pero lo hemos visto más tarde recomendado por G. Carmichael Low y sus colaboradores (23) quienes defienden la transfusión por las siguientes razones:

1—Trata la anoxemia.

2—Estimula la formación de corpúsculos rojos.

3—Diluye las tóxinas.

4—Llena el volúmen sanguineo sin aumentar notablemente el cloruro de sodio.

5—Es un antídoto contra la acidosis.

6—Por los anticuerpos que pudiera contener.

En vista del poder antihemolítico de la colesterina (10) demostrado experimentalmente en animales por Nocht, (B) y

de su relativa inocuidad, nos parece que debería sumarse a la larga lista de drogas usadas en la fiebre hemoglobinúrica.

HISTORIA

Apesar que la malaria era probablemente conocida por los antiguos egipcios y descripciones típicas de esta enfermedad aparecen en los libros de Hipócrates, Celso y Galeno, (14) no fué hasta el año 1850 que Lebeau y otros médicos de la marina francesa describieron en Madagascar, la fiebre biliosa hemoglobinúrica. Seguramente hasta esa fecha se había estado confundiendo esa enfermedad con la forma biliosa remitente de la malaria perniciosa y quizás también con la fiebre amarilla.

Fray Iñigo Abad en su "Historia Geográfica, Civil y Natural de la isla de San Juan Bautista de Puerto Rico" al hablar de las costumbres de los indios nos dice que cubrían la piel con grasa y aceites para protegerse de la picada de los mosquitos (15) pero no encontramos en todo el libro dato alguno que nos ayude a determinar si existía o no la malaria en la isla antes de la colonización. Creemos, sinembargo que existía al igual que en toda la América tropical, puesto que cuando un "corregidor du Loxa" (14) recomendó a la Condesa del Cinchon(1638) el uso de la planta que hoy lleva su nombre, ya eran desde tiempos inmemoriales conocidas por los indios del Perú las propiedades curativas de la misma.

Tampoco encontramos mención alguna de la hemoglobinuria en el libro en sí, ni siquiera en las notas que sobre enfermedades añadió luego el Dr. Calixto Romero y Togores (15), apesar de que menciona en la página 449 la fiebre biliosa (contínuas o intermitentes) y la llama "el vómito negro de los aclimatados" y apesar de que ya hacía alrededor de 15 años que los médicos franceses habían dado a conocer al mundo científico, la fiebre hemoglobinúrica.

Que nuestros médicos de entonces no la confundían con la fiebre amarilla lo prueba, la mención específica que hace el Dr. Calixto Romero (15) de las epidemias de fiebre amarilla ocurridas en Caguas en el 1855 y en Toa Alta en el 1860.

Cuando leemos al Dr. D. Enrique Dumont en su "Ensayo de una Historia Médico-Quirúrgica de la Isla de Puerto Rico" que vió la luz pública en el año 1875 y admiramos su extraordinario poder de observación y su gran sagacidad clínica, nos asaltan dudas en cuanto a la existencia de la fiebre hemoglobinúrica en aquella época. Un hombre que entonces y refiriéndose a Puerto Rico nos dijo (página 22) que "el raquitismo es en extremo raro en las dos razas", que "la endocarditis ha pasado las más de las veces inadvertida, porque no va acompañada o precedida del reumatismo poliarticular agudo tan amenudo como en Europa" (página 23), que había notado en uno de sus hospitales "ausencia de complicación de erisipela después de las amputaciones u operaciones de otro género" (página 9) y que ni una sola vez hace mención a la hemoglobinuria, nos hace pensar que por lo menos era muy rara esta condición en Puerto Rico.

Y no es que no observara las orinas, pues en dos ocasiones nos habla de hematurias: una vez (página 11) la relaciona con "fimosis, hipertrofia de la próstata, piedras en la uretra, etc.", y en la otra (página 18), la atribuye a trastornos de la "vejiga, riñones y otros órganos mal suspendidos" causados por "los sacudimientos desagradables de la equitación" (según él existía: "Una especie de Patología quirúrgica nacida de la equitación").

Pero había malaria en gran cantidad. El Dr. Dumont habla repetidas veces de "infartos del bazo," de las "miasmas pantanosas", de "vapores mefíticos que engendran fiebres perniciosas gravísimas," de la "forma biliosa tifoidea," de "fiebres intermitentes, caquexias, esplenomegalias." Que se usaba la quina y también la quinina lo vemos en los siguientes párrafos que copiamos: (16). "En ese valle de Yauco a Cabo Rojo se extendía la observación al puerto de Guánica, famoso por su hermosura, no menos que por sus campos pantanosos y desprovistos de aguas dulces de buena calidad; agnas que dan lugar a infartos del bazo cuando se las toma sin hervirlas previamente. La gran laguna de Guánica derrama sobre los alrededores sus vapores mefíticos, que engendran fiebres perniciosas gravísimas. Somos de opinión que las casas debieran situarse al Este de la laguna; y si se levantan al Oeste, que sea sobre una loma y lo más lejos posible; y aconsejamos sembrar árboles entre la laguna y las casas de vivienda, usar las aguas de lluvia, y, en tiempo de sequía, mezclar a las que salen de tierra carbón animal, *quina* y azufre hirviendo esta mezcla antes de usarla." (página 8) otro: "Las fiebres miasmáticas pestilenciales son sobre todo comunes en las playas y en los pueblos del Este de la Isla: Naguabo, Humacao, Yabucoa, Maunabo"... y termina: "En semejantes lugares no se debería vivir sin usar siempre la *quinina* cada día como preservativo."

Trayendo nuestra investigación a fecha más reciente nos detenemos en los trabajos del Dr. González Martínez titulados "La Pretendida Perniciosidad de las Fiebres Palúdicas" que aparecieron en este boletín en el año 1903 y 1904. Después de discutir la doctrina de Legrain y la ley de A. Treille, habla el autor del alcohol como causa predisponente, del clima y del coli bacilo, y termina su último artículo describiendo la toxina palustre como "fuertemente hemolítica." (17), copiando la opinión de Legrain acerca de los accesos hemoglobinúricos y negando la acción hemolítica de la quinina. En cuanto a la incidencia de la fiebre hemoglobinúrica nada nos dice, ni siquiera menciona la existencia de la enfermedad en la isla.

Tampoco nos dice nada el folleto "Malaria Nostras" del Dr. Guillermo Salazar, ni la crítica del mismo que hace González Martínez (18) ni la defensa que hace más tarde el Dr. J. Monagas (19).

El Dr. Vergnet Castello quien recibió en el 1913 el primer premio otorgado por la Asociación Médica de Puerto Rico a trabajos científicos, refiriéndose a las fiebres perniciosas dice: "otros síntomas predominantes en el barrio Islote, de Arecibo y cosa rara, también en otro sitio, situado en el mismo nivel, pero formando parte del barrio Garrochales, es el de completa supresión de orina y violentas hemorragias antes de la muerte" (20). Hubiéramos creído que describía él la fiebre hemoglobinúrica a no ser que más adelante al presentarnos varios casos como el de "Marcelino Freita de 22 años de edad que presentó hemorragias de todas las mucosas, hemoptisis, epistaxis, hematemesis, etc." nos convencemos de que se refería a otra enfermedad.

Luego encontramos el interesante trabajo del Dr. M. Guzmán Rodríguez leído en la asamblea anual de la Asociación Médica celebrada en los Baños de Coamo en Diciembre de 1914; trabajo que nos prueba una vez más la frecuencia de la malaria en Puerto Rico, la popularidad de la quinina y las fuertes dosis hipodérmicas

nsadas repetidas veces por médicos como Moreu, Basora y otros. Era tanto el paludismo que seguramente tenía razón el Dr. Don Francisco del Valle en el 1886 cuando en su trabajo "El Campesino Puertorriqueño" decía: "Puede asegurarse que todas las enfermedades que en Puerto Rico se padecen principalmente entre los campesinos, se relacionan con el paludismo: cuando él no las constituye a lo menos las complica." Apesar de eso ninguno de los autores mencionados describe un solo caso de fiebre hemoglobinúrica, ni siquiera Torregrosa, A., quien disertó ampliamente hace pocos años acerca del "Diagnóstico Diferencial de las Pirexias Tropicales" y que nos da un resumen bibliográfico (21) de las teorías concernientes a la etiología de la fiebre biliosa hemoglobinúrica y explica el diagnóstico diferencial de la misma.

EL PRESENTE

Cuál es la situación actual en Puerto Rico? No creemos que la malaria haya disminuído en la isla a juzgar por la experiencia de los distintos médicos con quienes hemos consultado y a juzgar por las cifras de mortalidad por malaria desde el año 1900 hasta el presente. Damos a continuación una lista de estas cifras.

En ella veremos que hay alguna variación año tras año, pero que la mayoría fluctúa alrededor de 1,500 muertos por año, que la cifra del año 1900-1 casi corresponde a la del 1928-29 (Ciclón de San Felipe) y que en el primer semestre del año en curso ya han ocurrido 1146 defunciones que hacen esperar que habremos de alcanzar y quizás sobrepasar la cifra de 31 años atrás.

DEFUNCIONES POR MALARIA EN PUERTO RICO

1900-1 a 1930 (*)

Año		Defunciones
1900- 1	Fiebre Intermitente	353
	Fiebre Remitente	483
	Perniciosa Malárica	1,202
		2,038
1901- 2	Fiebre Intermitente	202
	Fiebre Remitente	244
	Perniciosa Malárica	1,454
		1,900
1902- 3	Fiebre Intermitente	183
	Fiebre Remitente	241
	Perniciosa Malárica	1,656
		2,080
1903- 4	Anemia Malárica	97
	Fiebre Intermitente	101
	Fiebre Remitente	183
	Perniciosa Malárica	1,214
		1,595
1904- 5	Anemia Malárica	137
	Fiebre Intermitente	86
	Fiebre Remitente	125
	Perniciosa Malárica	877
		1,225
1905- 6	Anemia Malárica	81
	Fiebre Intermitente	46
	Fiebre Remitente	80
	Perniciosa Malárica	31
		238 (?)
1906- 7	Anemia Malárica	36
	Fiebre Intermitente	209
	Fiebre Remitente	88
	Perniciosa Malárica	472
		805

(*) Datos oficiales del Negociado de Estadística Demográfica del Departamento de Sanidad suministrados por el Sr. Manuel Pérez, Jefe de dicho negociado.

Año	Defunciones
1907- 8—Anemia Malárica	63
Fiebre Intermitente	71
Fiebre Remitente	58
Perniciosa Malárica	1,257
	1,449
1908- 9—No hay datos.	
1909-10—Fiebre Palúdica	1,777
1910-11—Fiebre Palúdica	2,139
1911-12—Paludismo	1,208
Caquexia Palúdica	82
	1,290
1912-13—Paludismo	1,073
Caquexia Palúdica	87
	1,160
1913-14—Malaria	517
Fiebre Caquéctica	57
	574
1914-15—Malaria	719
Fiebre Caquéctica	50
	769
1915-16—Malaria	1290
Fiebre Caquéctica	44
	1,334
1916-17—Malaria	1,877
Fiebre Caquéctica	62
	1,939
1917-18—Malaria	1,490
Fiebre Caquéctica	38
	1,528
1918-19—Malaria	1,524
Fiebre Caquéctica	52
	1,576
1919-20—Paludismo	1,576
Caquexia Palúdica	32
	1,576
1919-20—Paludismo	1,576
Caquexia Palúdica	32
	1,608
1920-21—Malaria	1,472
Fiebre Caquéctica	31
	1,503
1921-22—Malaria	1,185
1922-23—Malaria	992
1923-24—Malaria	959
1924-25—Malaria	1,474
1925-26—Malaria	1,755
1926-27—Malaria	2,103
1927-28—Malaria	1,862
1928-29—Malaria	2,375
1929-30—Malaria	1,753
1930 —(Julio a Diciembre) Malaria	1.146

Para determinar aproximadamente la proporción que de la infección por el Plasmodium falciparum existe en la isla hemos escogido los records oficiales de los laboratorios biológicos que tiene establecido el Departamento de Sanidad en San Juan y en Ponce.

MUESTRAS DE SANGRE EXAMINADAS PARA MALARIA (*)

LABORATORIO BIOLOGICO—San Juan.

AÑO	P. Vivax		P. Falciparum		P. Vivax y P. Falciparum		P. Quartan		Total Positivos		TOTAL
	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	
1930 - 31	1215	13.64	962	10.80	45	.50	1	.01	2223	24.95	8907
1929 - 30	421	7.69	395	7.21	13	.23	—	—	829	15.14	5473
1928 - 29	410	8.05	195	3.83	11	.21	—	—	616	12.11	5087
1927 - 28	331	10.10	189	5.76	27	.82	—	—	547	16.69	3277
1926 - 27	624	18.64	329	9.82	22	.65	—	—	975	29.13	3347
1925 - 26	381	16.58	198	8.52	12	.52	—	—	591	25.73	2296
1924 - 25	52	4.98	59	5.65	3	.28	—	—	114	10.92	1044
1923 - 24	86	8.33	53	5.13	15	1.44	P. Mal 5	.48	154	15.40	1032
1922 - 23	26	3.32	31	3.96	4	.50	P. Mal 2	.25	61	7.80	782
1921 - 22	50	5.53	86	9.51	4	.44	—	—	140	15.49	904

LABORATORIO BIOLOGICO—Ponce.

AÑO	P. Vivax		P. Falciparum		P. Vivax y P. Falciparum		P. Quartan		Total Positivos		TOTAL
	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	No. Pos.	% Pos.	
1930 - 31	119	6.00	170	8.57	1	.05	1	.05	291	14.67	1983
1929 - 30	62	7.05	35	3.98	—	—	—	—	97	11.03	879
1928 - 29	14	1.37	6	.58	—	—	—	—	20	1.96	1019
1927 - 28	78	6.92	28	2.48	—	—	—	—	106	9.40	1127
1926 - 27	218	21.8	45	4.50	—	—	—	—	263	26.30	1000
1925 - 26	244	26.18	54	5.79	—	—	—	—	298	31.97	932
1924 - 25	180	21.07	56	6.55	—	—	—	—	236	27.63	854
1923 - 24	—	—	—	—	—	—	—	—	80	13.49	593

(*) Datos oficiales del Laboratorio Biológico del Dept. de Sanidad suministrados por el Dr. O. Costa Mandry, Director de los Laboratorios

Para ilustrar nuestra tesis no nos interesa la cantidad enorme de muestras y sí el número de casos encontrados positivos. Vemos por ejemplo que en el último año 2,223 muestras fueron halladas positivas en San Juan y de éstas 962 correspondieron al P. falciparum y 1,215 al P. vivax. En Ponce de 291 casos positivos 170 fueron malaria perniciosa y 119 terciana benigna y fué en ese año la única vez que el laboratorio de Ponce ha reportado un mayor número de infección por P. falciparum que por P. vivax. En San Juan con las excepciones correspondientes a los años 1921-22, 1922-23 y 1924-25, siempre ha habido una mayor proporción de P. vivax. En el laboratorio de San Juan cerca de un 40 por ciento de los casos positivos de malaria fueron infecciones con el P. falciparum y 30 por ciento en el laboratorio de Ponce. Me parece que estamos justificados a suponer que contando con las infecciones mixtas, por lo menos un 38 por ciento de la malaria que ocurre en Puerto Rico la causa el P. falciparum.

De acuerdo con el último censo la población de la isla es de 1,543,913 habitantes, de los cuales 1,141,114 son blancos nativos, 5,605 blancos extranjeros, 397,156 negros y 38 pertenecen a otras razas. (En años anteriores el número de extranjeros era mayor que en la actualidad: 11,492 en el 1899. En ese año el número de habitantes era 953,243 de los cuales 589,426 blancos, 304,352 mestizos, 59,390 negros puros y 75 asiáticos.)

Contamos pues con todos los factores necesarios para la existencia y el desarrollo de la fiebre hemoglobinúrica: una gran cantidad de malaria, una alta proporción de infección por el P. falciparum (baja si se compara con la cifra de 90 por ciento que obtuvo Thomson en el Africa tropical) (3), la popularización alcanzada por la quinina que contribuye a que un gran número de casos de malaria sea irregular e insuficientemente tratados y el notable predominio numérico, en la población de la isla, de las razas más susceptibles a la enfermedad.

Cuál es el status actual de la fiebre biliosa hemoglobinúrica en Puerto Rico? Enviamos el siguiente cuestionario a distintos médicos de la isla residentes en zonas palúdicas y la mayor parte de ellos tuvieron la bondad de contestarlo:

	E. Martínez Rivera Río Piedras	**J. M. Pressly** Humacao	**Juan Veve** Fajardo	**A. Otero López** Manatí	**P. M. Bonelli** Guayama	**A. Pietri** Ponce	**J. Armaiz** Vega Baja
Cuántos casos de fiebre hemoglobinúrica ha tratado Ud.?	2	6-8	20-25	2	9	1	2
Adultos o niños?	adultos	adultos	ambos	ambos	ambos	adulto	adultos
Nativos o extranjeros?	nativos	nativos	nativos	nativos	8 nativos 1 americano	nativo	nativos
Habían tomado quinina?	si-no	no	no	si-no	si 8—no 1	——	——
Cuántos casos de malaria?	500	muchos miles	muchos miles	miles	5,000	——	miles
Cuántos años hace que ejerce en zona palúdica?	5	21	26	14	16	22	19
Cree Ud. que la enfermedad es rara o frecuente en P. R.?	rara	rara	rara	rara	?	rara	rara

	Blanes Mayagüez	**E. Cabán** Mayagüez	**Rivera Ulan** Mayagüez	**M. Guzmán** Mayagüez	**A. Ramírez** Yauco	**Rivera Aulet** Arecibo	**Juan P. Cardona** Salinas
Cuántos casos de fiebre hemoglobinúrica ha tratado Ud.?	0	0	0	0	1	1	25
Adultos o niños?	——	——	——	——	adulto	adulto	——
Nativos o extranjeros?	——	——	——	——	nativo	nativo	nativos
Habían tomado quinina?	——	——	——	——	no	——	——
Cuántos casos de malaria?	20,000	12,000	6,000	2,000	1,000	10,000	7,000
Cuántos años hace que ejerce en zona palúdica?	——	——	——	12	18	14	5½
Cree Ud. que la enfermedad es rara o frecuente en P. R.?	muy rara	muy rara	muy rara	muy rara	muy rara	rara	rara

El Dr. Caballero, (M) quien ejerció en Aguirre durante más de un año pudo observar 5 o 6 casos. Navas Torres la considera muy frecuente en la actualidad, pero no pudo darme números exactos.

De una carta que recibimos del Dr. E. Garrido Morales, epidemiólogo del Departamento de Sanidad copio el siguiente párrafo: "En contestación a su carta de septiembre 2, solicitando datos de morbilidad y mortalidad sobre fiebre hemoglobinúrica (Blackwater fever) en Puerto Rico, deseo manifestarle que hemos revisado nuestros records de morbilidad habiendo encontrado informado un caso desde enero 1, 1928 hasta la fecha, período durante el cual he tenido a cargo la recolección, análisis e interpretación de datos de morbilidad en este Departamento."

El señor Manuel A. Pérez, nos dice: "Correspondiendo a su atta. del 2 de los corrientes, debo informale que en siete años aproximadamente que llevo trabajando en el Negociado de Estadísticas del Departamento de Sanidad jamás he visto un certificado de defunción con el diagnóstico de fiebre hemoglobinúrica o blackwater fever. Debo advertirle, además, que en caso de que alguno se hubiera presentado debe de haber sido clasificado como "Malaria" que es el título que le corresponde de acuerdo con la Lista Nosológica Internacional."

Me informa una de las antiguas empleadas de este negociado, la Srta. López Cepero, que hace como catorce años recuerda haber clasificado un certificado de defunción con diagnóstico de fiebre hemoglobinúrica."

Del Dr. Walter C. Earle, Jefe del Negociado de Malaria recibí una carta en Mayo 11 del 1931 que dice así: (copio del original): "With reference to your inquiry concerning blackwater fever in Porto Rico I must say that I can give you practically nothing. I have only seen two cases since I have been here and I judge that it is rather rare, at least in recent years."

Hasta el día 9 de septiembre, se habían admitido al Hospital de la Universidad 623 casos de los cuales uno solamente era de fiebre hemoglobinúrica, apesar de que allí van la mayor parte de los casos interesantes de medicina tropical del norte de la isla. En los Hospitales Municipales de San Juan durante seis años y con un ingreso anual de 4,000 a 6,000, el que informamos aquí es el único caso que hemos visto. No hemos sabido de ningún otro caso admitido a ninguna de las Clínicas de Santurce.

RESUMEN:

1—Presentamos dos casos de fiebre biliosa hemoglobinúrica.

2—Al discutir la etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el mecanismo de la hemolisis hemos analizado las teorías más comunmente aceptadas y revisado la más importante literatura contemporánea.

3—Hemos tratado de encontrar todo lo que en la Historia de la Medicina en Puerto Rico se realcione con la fiebre hemoglobinúrica o con la malaria desde tiempos de Fray Iñigo Abad hasta nuestros días.

4—Presentamos estadísticas muy interesantes de los laboratorios biológicos del Departamento de Sanidad y lista de defunciones por Malaria ocurridas en Puerto Rico desde el año 1900.

5—Las estadísticas parecen indicar que la malaria ha ido en aumento en Puerto Rico.

6—El mayor número de casos de fiebre hemoglobinúrica ha ocurrido en Aguirre y Salinas, siguiéndoles en turno Fajardo, Guayama y Humacao. Se podría decir que no existe la enfermedad en el resto de la isla.

Conclusión: La fiebre biliosa hemoglobinúrica ha sido y es muy rara en Puerto Rico.

BIBLIOGRAFIA

1—**Bass. C. C.**—"Malarial Hemoglobinuria."—Med. Clinics of N.A.—Mar. 1928—Vol. 11-no. 5-pp. 1109.

2—**Craig, Charles F.**—"The Malarial Fevers"—William Wood and Co. 1909.-pp. 391.

3—**Rogers, Leonard**—"Recent Advances in Tropical Medicine" 2nd. Edition—P. Blackiston's Son and Co. 1929, p. 102.

4—**Cort, E. C.**—"Epidemiology of Blacwater Fever in Siam."—The Am. Jour of Trop. Med.—1929—Vol. IX, p. 105½.

5—**James, S. P. and Christopher, S. R.**—"The Practice of Medicine in the Tropics". —Bryan and Archibald—Vol. II p. 1605.

6—**Mannaberg, Julius**—"Malaria, Influenza and Dengue."—Nothnagel's Practice — Translation from the German—W. B. Saunders and Co.—1905 p. 309.

7—**Carpenter, G. H. Hale.**—"A case of Blackwater Fever in an African Native."—Trans. of the Roy. Societ. of Trop. Med. and Hyg. —1927. Vol. XXI, p. 237.

8—**York, Warrington, Murgatroyd, F. and Owen, D. Uvedale.**—"Observations on Five Cases of Blackwater Fever." Trans. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.—Jan. 1930.—Vol. 23, no. 4, p. 335-372.

9—**Ebert, N. K.**—"The Pathogenesis of Hemoglobinuria in Malaria (Blackwater Fever)" IX Communication. (Translation from the German)—Ttschr. f.—Immunitatsf. u. Experim. Therap—1930—Vol. 63 No ½ pp. 161 175.

10—**Nocht, B.**—"On the Hemolytic Action of Quinine".—(Translation from the German) - Beihefte.—Arch. f. Schiffs-u-Trop. Hyg 1929—Vol. 33 No. 3, pp. 21-24.

11—**Stitt's**—"Diagnostic and Treatment of Tropical Diseases"—Fifth Edition—Blackiston's and Son—pp. 64.

12—**Abt's Pediatrics**—Vol. IV, pp. 1038.

13—**Lichtman, E.**—"Results of Liver Therapy in Paroxysmal-Hemoglobinuria due to cold" —J. A. M. A.—Vol. 95: 1930: 634 ab.

14—**Laveran, A.—"Traité du Paludisme"**—Deuxieme Edition-Massonet Cie-Paris—1907, p. 1.

15—**Fray Iñigo Abad**—"Historia Geográfica, Civil y Natural de la isla de San Juan Bautista de Puerto Rico." Nueva Edición por José Julián Acosta y Calbo—Imprenta y Librería de Acosta 1866.

16—**Dumont, Dr. Enrique**—"Ensayo de una Historia Médico Quirúrgica de la isla de Puerto Rico." Imp. "La Antilla," Habana Cuba, 1875.

17—**González Martínez, I.**—La Pretendida Perniciosidad de las Fiebres Palúdicas.—Bol. As. Med. de P. R.—Año 1 Nos. 6-7, 12 y 14-1903-1904.

18—**González Martínez, I.**—Comentario que hace acerca de "Malaria Nostras". Bol. As. Med. de P. R. Año VIII—No. 77. Feb. 1911.

19—**Monagas, J.**—Bol. As. Med. de P. R.—Año IX—No. 86. Oct. 1912.

20—**Guzmán Rodríguez, M.** — Notas Clínicas—Bol. As. Med. de P. R. Año X, No. 105 Dbre. 1914.

21—**Torregrosa, Arturo.**—"Diagnóstico Diferencial de las Pirexias Tropicales más comunmente observadas en P. R.—"Bol. As. Med. de P. R. Año XV—No. 133—Oct. 1921, p. 197.

22—**Conil, J.**—"Consideration sur le traitement de la fiévre bilieuse hemoglobinurique"—Bull. Soc. Path. Exot.—1929—Vol. 22:139-743.

23—**Low, G. Carmichael, W. E. Cooke and P. H. Martin.**—"Blood Transfusion in Blackwater Fever"—The Lancet—1929—Vol. 2: 615.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE HERIDA PENETRANTE DEL CORAZON (*)

Francisco R. de Jesus.

La historia de la cirugía del corazón tiene sus comienzos con los griegos y puede dividirse en tres períodos:

1o.—La época del misticismo, desde Hipócrates hasta los tiempos de Ambrosio Paré. Se consideraba entonces el corazón como un órgano sagrado que no podía tocarse sino a expensas de la vida. Cualquier lesión del mismo se tenía por absolnta y necesariamente fatal.

2o.—El período de la investigación, desde Paré hasta los primeros intentos de sutura, que practicó Cappelen, en Septiembre de 1895 en Cristianía y Rhen de Francfort en 1896. Durante este período se observó que las heridas del corazón no eran necesariamente fatales.

3o.—La época que podemos llamar "quirúrgica", desde las primeras tentativas de Cappelen en 1895, hasta la época actual. Este es el período brillante de la cirugía moderna de cuyos anales se destacan con relieve singular, sus conquistas en este campo.

En fecha tan reciente como lo es el 1883, el gran Bilroth decía: Ningún hombre que espere conservar el respeto de sus compañeros médicos debe operar el corazón humano y Riedenger en 1888 escribió: Las sugerencias que se hacen algunas veces de suturar el corazón, aunque hechas con toda seriedad, escasamente merecen atención. Todavía en 1896, Stephen Paget declaró que en el corazón la naturaleza había fijado sus límites a toda la cirugía y que ningún otro método o descubrimiento podría vencer las dificultades que acompañaban a las heridas del corazón.

La primera sutura del corazón que tuvo éxito la practicó Rehn de Francfort en 1896. En 1909 Vaughan recogió una estadística de 150 casos operados en el mundo entero con un 35% de curaciones. Esto incluye heridas penetrantes. La mortalidad era en la mayor parte de los casos producto de la sepsis. Durante la gran guerra se informaron 58 casos, de los cuales vivieron 44.

En 1924 J. J. Deshanelidze recopiló 535 casos de herida del corazón de toda la literatura hasta esa fecha. De estos, 403 casos fueron heridas cortantes y 132 de balas, con un 44% de curaciones. 113 de de estos casos fueron examinados desde dos meses hasta 18 años después del accidente, encontrándose trastornos funcionales del corazón en solo un 34.2% de los casos. Estos se debían principalmente a adherencias, debilidad de la cicatriz y aneurisma.

Lesiones del fascículo de His y lacera-ciones de las ramas importantes de las coronarias, son generalmente mortales. Las heridas de las aurículas son más serias que las de los ventrículos y de éstos las del derecho lo son más que las del izquierdo.

Las operaciones que se practican actualmente en el corazón son las siguientes:

Paracéntesis y pericardiotomía.

Simpatectomía, en casos de angina pectoral.

Sección de las válvulas, en casos de estrechez mitral.

Cardiálisis (En casos de pericarditis adhesiva crónica)

Cardiorrafia en heridas de este órgano.

(*) Presentado en la Asamblea Científica de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, celebrada en Ponce el 13 de Sept. de 1931.

Los peligros y las complicaciones de la cardiorrafia son las siguientes:

(1) Paralización súbita del corazón.

(2) Una herida rasgada e irregular que no puede aproximarse.

(3) Desgarres de la herida mientras se sntura.

(4) La hemorragia que en algunos casos es imposible de contener.

(5) La infección.

La tracción y evisceración necesarias, son la causa más importante de la parálisis cardíaca.

Las complicaciones posoperatorias tardías son:

(1) Un pericardio adherido (2) Dilatación del corazón (3) Extrasistoles y taquicardia.

Uno de los peligros más grandes en las heridas del corazón es el que ha dado en llamarse el taponamiento de Hartz. Esta complicación se desarrolla de la manera signiente: Cnando la rotura pericardíaca es pequeña y la sangre se acumula en la cavidad pericardíaca, sobreviene la compresión del corazón. Cuando la presión intrapericardíaca se vuelve igual a la venosa, deja de funcionar el corazón. Durante el taponamiento el paciente se vuelve cianótico, el pulso se acelera y debilita, los sonidos se alejan y la respiración aumenta. En estos casos es necesario actuar con gran rapidez.

El primer caso de herida del corazón operado en Puerto Rico, fué conducido al Hospital Tricoche de Ponce con una herida del ventrículo izquierdo, el 21 de Marzo de 1916. La operación la practicó el Dr. López Nussa y el enfermo vivió 36 horas despnés del acto operatorio. Un segundo caso fué operado por este mismo cirujano en el año 1930, habiendo sobrevivido el paciente a la operación muy pocas horas.

El caso de mi experiencia que voy a referir es el de Pablo Silva, mulato de 24 años de edad, quien fué conducido al Hospital Tricoche de esta ciudad el día 6 de Enero de 1931 con una herida punzocortante de la región precordial. Estaba el paciente casi inconsciente, a lo que sin duda contribuía su estado de embriagnez. Tenía un pulso pequeñísimo, muy rápido e irregular. El estado funcional de su corazón y la situación de la herida me hicieron llegar a la conclusión de que había una herida de este órgano.

Despnés de estimularle y bajo una ligera anestesia con éter, hice una incisión en forma de U que empezó paralelo al tercer espacio intercostal, bajó sobre el borde izquierdo del esternón y al llegar al sexto espacio intercostal continnó paralelo a este. Se seccionó la piel y los músculos y se cortaron los cartílagos, levantándose el postigo.

Pudimos entonces darnos cuenta de que el arma cortante había atravesado el pulmón y la pleura mediastínica, vaciándose el corazón dentro de la cavidad pleural izquierda. Incindimos el pericardio de arriba abajo y encontramos una herida estrecha de la parte alta del ventrículo izquierdo de donde manaba a chorros intermitentes la sangre. Taponamos la herida con el índice izquierdo y casi al vuelo, cogimos la primera sutura de catgut cromizado. Esta nos sirvió de guía para coger dos más. Paró el fuerte de la hemorragia después de estas maniobras, pero continnó lo bastante para inquietarnos. Cogimos un pedazo pequeño de músculo pectoral y sirviéndonos de él como tapón, le colocamos sobre la herida adhiriéndole con dos suturas superficiales de catgut simple. Paró por completo entonces la hemorragia del corazón y nos dirigimos al pulmón que sangraba

bastante por su herida. Esta fué suturada y la cavidad pleural limpiada de sangre y coágulos. Cerramos la pleura y el mediastino, dejando un desague en este. Pusimos el postigo en su sitio y lo suturamos.

Habíamos recogido parte de la sangre vertida dentro del tórax en una medida con citrato de soda con idea de hacer una autotransfusión al terminar la operación, cosa que hemos hecho en otra ocasión con éxito, pero el estado del paciente al terminar de operarle fué mejor y temimos a una reacción.

Durante los días consecutivos a la operación la fiebre era alta, pero el pulso, aunque ligero e irregular, no era de mala calidad. El día 13 de Enero el examen de la sangre arrojó una leucocitosis de 19,000 y polinucleosis de 80%. Tenía matidez muy marcada del costado izquierdo y se hizo una punción de la pleura extrayéndose 80 c.c. de un líquido sanguinolento.

La fiebre continuaba alta y el día 15 de Enero fué llevado a verle el Dr. Amadeo en consulta, quien encontró en la base del pulmón derecho resonancia de Skodak y algunos estertores. Según su opinión había líquido y aire en el pulmón izquierdo. Se introdujo nuevamente una aguja en este lado, extrayéndose una cantidad muy pequeña de líquido sanguinolento. El paciente siguió con mucha tos, fatiga pulso de 112 y fiebre que subía hasta 39°C.

Una Radiografía tomada el día 17 de Enero demostró líquido en el pericardio en gran cantidad. Hice una paracentesis del pericardio y extraje 250 C. C. de líquido sanguinolento, que fué seguido de muy poca mejoría.

El día 20 de Enero fué visto nuevamente por el Dr. Amadeo en consulta y acordamos practicarle una pericardiotomía. Bajo anestesia local hice una excisión del sexto cartílago izquierdo cerca del esternón por donde se extrajeron 600 c.c. de suero purulento, dejándose un drenaje en el pericardio. Después de esta última operación mejoró el pulso y bajó la temperatura. Se continuaron los lavados diarios del pericardio con solución salina.

El enfermo mejoró de tal manera que estuvo sin fiebre desde el día 29 de Enero hasta el 5 de Febrero. En esta fecha la fiebre subió de nuevo hasta 39°C., acompañada de una alta leucocitosis y polinucleosis. El paciente siguió muy tóxico y con fiebre muy alta hasta el día de su muerte, que ocurrió seis días más tarde. El corazón se portó muy bien hasta el final.

Se practicó la autopsia y encontramos la herida del corazón completamente cicatrizada y en el pericardio un ligero derrame seroso. En el sitio de la herida del pulmón había un gran abceso y en la cavidad pleural izquierda una pequeña cantidad de líquido purulento.

No hay duda alguna que la infección pleuro-pericardíaca es el obstáculo más grande del éxito en la Cirugía del Corazón. Infección que lleva el arma penetrante y la inevitable a veces, en las operaciones de gran urgencia que no dan tiempo a una asepsia esmerada.

En este caso, como se habrá visto, practicamos una cardiorrafia, la paracentesis del pericardio y una pericardiotomía. Durante 35 días que duró el paciente hicimos todos los esfuerzos de que fuimos capaces para salvarle la vida a un sér humano y adquirimos algunas experiencias que esperamos nos puedan ser de utilidad en el futuro.

VARIACIONES BACTERIANAS (*)

P. Morales Otero.

La doctrina del monomorfismo bacteriano legada a nosotros por Koch y Cohn, representaba un dogma, y se nos hablaba del tipo normal de tal o cual especie bacteriana. En cualquier caso en que un micro-organismo presentaba formas distintas a las aceptadas por normales, se le relegaba al grupo de las contaminaciones o se hablaba de las formas involutivas o degenerativas del mismo.

El monomorfismo tenía como base el concepto erróneo de que la reproducción bacteriana sólo ocurría por simple división. Este concepto se ha conservado por dos generaciones de bacteriólogos.

En las últimas dácadas se ha presentado evidencia demostrando la instabilidad de las especies bacterianas. Sin embargo, existe discrepancia en cuanto al alcance y significado de las mismas. Frecuentemente se ha usado el término mutación para describir estos cambios, pero algunos biólogos lo creen impropio porque implica un cambio rápido "per saltum" y permanente una vez que ha ocurrido. No sucede así con las especies bacterianas en que los cambios pueden desarrollarse lentamente y en que amenudo pueden revestirse a su forma original.

Debemos considerar que nuestras concepciones con respecto a variación y herencia han sido hechas sobre observaciones y experimentos en seres que tienen un ciclo sexual. Como consideramos las bacterias como formas asexuales hemos de abolir el uso de términos que tienen su base esencial en la forma sexual de reproducción.

Tratándose de bacterias que están fuera de su ambiente habitual muchos de los cambios observados son probablemente el resultado de la adaptación de las especies a este ambiente extraño.

En años recientes ha entrado en uso el término "disociación bacteriana" significando la aparición de formas atípicas en algunos cultivos cuyas formas se diferencian notablemente en uno o varias características del tipo normal. En este caso el microorganismo se ha disociado en dos tipos, que se diferencian entre sí por la forma y estructura de sus colonias, o de algún otro modo. Estas variantes pueden ser lo bastante estables para mantener sus características por varias generaciones o pueden revestirse a la forma normal de que se derivaron originalmente y envuelven la transformación parcial o total de un cultivo puro del tipo normal en uno o varios subtipos diferenciándose en su morfología, reacciones culturales, carácteres serológicos, bioquímicos y virulencia.

Variaciones en Morfología.—Desde hace mucho tiempo se han reconocido variaciones en las formas características de algunas especies como el bacilo de la difteria, y en cambio una constancia marcada en otras como los estafilococos. Como regla general las formas esféricas son mucho más constantes en su morfología que las formas bacilares. Son bien conocidos por ustedes las formas involutivas del bacilo de la peste, pero estas formas no son trasmitidas de una

(*) Conferencia leída ante la Asociación Médica del Distrito de San Juan el 21 de Septiembre de 1931.

generación a otra y por consiguiente no se consideran como verdaderas variantes. Se han demostrado cambios que envuelven la modificación de esporos y cápsulas y pérdidas de las flagelas en especies que poseen estas estructuras. Estos cambios van generalmente asociados a otros en el metabolismo y constitución de la célula bacteriana y constituyen las variantes de que nos estamos ocupando.

Variaciones en las Colonias.—Una de las formas más simples y más comúnmente observada es la formación de una o varias colonias dentro de la otra sin haber signos de lisis.

Una colonia vieja después de haber llegado a su total crecimiento empieza a degenerar. Dentro de ella empiezan a desarrollarse pequeñas colonias llamadas papilas. De dos a cien papilas pueden formarse dependiendo del tamaño de la colonia madre. Cuando se transplanta una colonia en este estado, la colonia madre muere y sólo las papilas se desarrollan. Estos nuevos crecimientos se denominan colonias secundarias. Frecuentemente son duras, tenaces y rugosas en distinción a la colonia madre que es suave, frágil y homógena. La rugosa se apellida "R" y la otra colonia "S". Hay autores que han descrito tipos intermedios (O. y G.). En los cultivos líquidos estos dos tipos se diferencian en que el tipo "S" hace una suspensión homógena y opalecente mientras el "R" forma una suspensión granular con tendencia a aglutinarse espontáneamente.

Variaciones en Composición Antigénica.—Unidos a los cambios morfológicos anteriormente descritos pueden existir cambios en la naturaleza de los antígenos de que están compuestas estas formas. Se supone que las formas flageladas tienen un antígeno compuesto del cuerpo bacteriano que es termoestable y de la parte flagelada que no lo es.

Cuando una forma mótil se torna en non-mótil pierde su antígeno flagelado y sólo retiene el antígeno somático. De este modo un suero que aglutina a la forma mótil puede no aglutinar a la non-mótil o vice-versa. En otras ocasiones aunque la bacteria no pierda su motilidad y el antígeno de las flagelas quede intacto el antígeno somático puede ser alterado produciendo diferencias serológicas entre los dos tipos.

Cambios análogos a los que ocurren en bacterias con flagelas, ocurren en los que tienen cápsula y al disociarse la pierden, perdiendo de este modo el antígeno de la cápsula. Hay otros cambios más complicados que explican la composición antigénica de cada especie y su variación pero los dos ejemplos elementales arriba citados nos servirán para darnos una idea de la naturaleza de estos cambios.

Poder Cromógeno: Aunque la producción de pigmentos no tiene gran significación biológica, se ha observado frecuentemente que algunas bacterias al disociarse pierden su capacidad cromógena. Así tenemos al Bacilo Prodigiosus que produce una colonia roja mientras la variante no es pigmentada. Se ha comprobado la tendencia de la forma pigmentada a dar colonias no pigmentadas, sinembargo las formas no pigmentadas son casi constantes.

Acción Fermentativa:—Las bacterias varían en su habilidad para fermentar las azúcares. Massini en 1907 observó un coli-bacilo que cuando fué aislado por primera vez no fermentaba la lactosa y

por consiguiente producía colonias blancas en agar-Endo. De el tercer día de cultivo en adelante pequeñas papilas empezaban a aparecer en estas colonias, estas papilas eran rojas y fermentaban la lactosa. Sub-cultivos de estas papilas dieron formas no papiladas que fermentaban la lactosa, demostrando que la propiedad de fermentar de las papilas había sido trasmitida a sus descendientes. Cultivos consecutivos de estas colonias siempre daban formas que fermentaban lactosa. Cultivos de la forma original resultaban siempre en formas blancas (no fermentaban lactosa) que al tercer día desarrollaban las papilas rojas. A este organismo Massini le llamó "Bacterium Coli Mutabile".

El bacilo de la fiebre tifoidea por regla general no fermenta la dulcita, pero cuando se crece por varias generaciones en un medio que contenga este azúcar, desarrolla colonias cuyas papilas la fermentan. Son estos casos en que la colonia madre no fermentaba el azúcar, pero una vez crecida en ella por algún tiempo, da paso a decendientes que desarrollan la propiedad de fermentar que sus progenitores no tuvieron.

En una serie de experimentos hechos por Goodman (1908) se demostró que las variantes de un organismo tienen distinta habilidad para fermentar los carbohidratos. Este autor hizo quince siembras de un cultivo de difteria en caldo dextrosado y determinó la acidez producida en cada uno. Del tubo que mostró mayor acidez inoculó quince cultivos y del que mostró menor acidez, otros quince. Este procedimiento fué repetido por treinta y seis cultivos sucesivos. Al final de esta serie el cultivo que producía una acidez alta, había aumentado su habilidad de producir ácido en dextrosa dos veces más de lo que producía el cultivo original. Mientras que el cultivo que producía muy poca acidez había perdido esta cualidad por completo y ya no producía ácido en dextrosa. Este es un ejemplo en que un cultivo bacteriano se disocia en un tipo que fermenta las azúcares y su variante que ha perdido esa cualidad. Debemos tener en cuenta que durante el proceso de selección uno de estos cultivos estuvo sometido a un pH alto, mientras el otro a un pH bajo. Se ha argumentado que si estas variantes en las fermentaciones son frequentes no sería sabio depender de este método para diferenciar las distintas especies. Sin embargo se supone que estas variaciones son específicas y forman mayor evidencia al identificar un cultivo. Por ejemplo el Bacilo Tifoso da variantes que fermentan la rhamnosa, pero no la raffinosa mientras el paratífico B produce variantes que fermentan la raffinosa y no la rhamnosa. De todos modos, los conocimientos que tenemos hoy en día de estas variantes no invalidan los resultados de fermentación para identificar las especies que poseen cierta estabilidad ya conocida.

Virulencia.—Una de las faces más atractivas de este problema la constituye las variaciones en virulencia de las distintas especies patógenas. Anteriormente existía la creencia de que un cultivo virulento era aquél en que todos los microorganismos poseían igual grado de virulencia y que era avirulento cuando todos los organismos que lo formaban carecían de virulencia. De Kruif fué el primero en demostrar la relación existente entre la virulencia de un cultivo y sus variaciones. Usando el Bacilo lepiséptico, de Kruif descubrió la transformación por la cual una célula virulenta se torna en avirulenta. Este cambio va

acompañado de los cambios en morfología anteriormente descritos.

Por regla general la forma "S" es la virulenta y la forma "R" es la avirulenta. Hay dos excepciones conocidas a esta regla que son el Estreptococo y el Bacilo del Antrax en que la forma virulenta es la "R". Importantes observaciones con respecto a cambio de virulencia han sido hechas en la difteria. Herolett y Knight (1897) observaron que formas pseudodiftéricas aparecían frequentemente en cultivos virulentos e informaron cambios ocurridos en sus cultivos de organismos virulentos típicos a organismos avirulentos atípicos con sólo exponerlos a 45° C. por 17 horas. Los organismos típicos se tornaban en pequeños y gruesos bastoncitos sin gránulos y completamente avirulentos hacia el quinto. Estos organismos volvían a tornarse virulentos después de varios pasajes a través de suero humano y su forma recobraba los caracteres típicos de la difteria. Slaroyk y Manicatide (1898) estudiando treinta cultivos descubrieron dos tipos colonias una transparente, chata, y deslustrada, correspondiendo al tipo virulento y la otra opaca, convexa y brillante correspondiente a la virulenta. Gorham llegó a la conclusión después de muchos cultivos, que en la faringe de los convalecientes ocurre una transformación de bacilos granulados y virulentos a bacilos sin gránulos y avirulentos. Estos cambios han sido provocados por la influencia de los fluídos del cuerpo del convaleciente. Otros trabajos indican que las formas cocoides del bacilo de Klebs Loffler son las menos virulentas y que producen toxinas muy pobres.

Formas Filtrables.—No queremos terminar estos comentarios sobre variaciones bacterianas sin adelantar algo sobre los últimos hallazgos informados con respecto a las formas filtrables.

Hay un grupo heterógeno de enfermedades del hombre cuyo agente etiológico nunca ha sido cultivado en medios artificiales. Me refiero a los llamados virus filtrables. No hay duda que estos virus son agentes vivos y que su cultivo representaría un paso de avance en la solución de los múltiples problemas con que a diario nos confrontamos al tratar de aplicar medidas profilácticas o curativas a estos males. Recientemente (1931) Kendell informa la preparación de un medio especial compuesto de proteínas sin alterar y sin peptona y conteniendo otras substancias nitrogenadas. Según su informe en este medio se hace posible cultivar formas filtrables. El cultivó el bacilo tifoso por 48 horas a 30o C. en su medio (K. medium) entonces el cultivo fué filtrado a través de un filtro de Berkefeld tipo N. El filtrado fué inoculado en caldo dextrosado y en el medio K. de Kendall e incubados por 48 horas a 30°C. Los cultivos de caldo dextrosado permanecieron estériles por 3 semanas. Los tubos de medio K revelaron la presencia del bacilo tífico después de 72 horas de incubación. De acuerdo con estos resultados el bacilo tifoso tiene una variante capaz de pasar a través de un filtro de Berkefeld. Esta forma filtrable sólo crece en el medio K antes mencionado.

La communicación de este autor informa que otras bacterias se han hecho filtrables al pasarlas por este medio de cultivo, entre ellas menciona, el estreptococo de la poliomelitis (Rosenaw), el estreptococo de la escarlatina (Dochez) el Paratifoso alpha, el leptospira icteroides (Noguchi), el estafilococo dorado y el bacilo tífico.

De ser correctas estas observaciones,

tendremos que modificar el concepto que tenemos hoy de la vida bacteriana, por uno más complejo y quizás más correcto que nos demuestre el ciclo de vida por que atraviesa cada microorganismo dependiendo del estado y medio ambiente en que se encuentre.

Significación Biológica.—Hay disparidad de criterio entre los autores en cuanto al alcance y significado de este fenómeno. Los más conservadores aceptan los cambios como un resultado de la adaptación del organismo a un medio ambiente extraño. Aceptan la instabilidad de las especies pero niegan la transmutación. Otro grupo cree que las bacterias consideradas anteriormente como las formas más rudimentarias de la vida vegetal, capaces de reproducirse únicamente por simple división; poseen en realidad un mecanismo genético complejo y son capaces de producir formas diversas con distintas cualidades culturales.

Se admite la existensia de diversas formas porque atraviesa el organismo en su ciclo de vida y se niega la existencia del tipo normal, pues todas son normales dependiendo de la etapa de desarrollo en que se observen.

El objeto de esta pequeña disertación ha sido demostrar la existencia de instabilidad en las especies bacterianas. Llevar al ánimo de ustedes que el concepto antiguo del monomorfismo bacteriano debe ser modificado por otro más amplio y menos en pugna con la realidad. Puede que en el futuro algunas especies bacterianas sean relegadas a la posición de variantes, pero hasta el presente las extensas investigaciones llevadas a cabo han acumulado gran evidencia que pone en duda la posibilidad de la transmutación.

LA INFLUENCIA DEL LABORATORIO EN LA MEDICINA (*)

O. Costa Mandry

Si como nuevos Perseos montados sobre Pegaso pudiésemos colocarnos sobre el lomo del veloz corcel de alas doradas que llamamos el saber humano y así montados hacernos llevar en raudo viaje retrospectivo através de la senda de los siglos, hasta llegar a la noche de los tiempos prehistóricos y desde allí seguir paso a paso la doliente humanidad en su paulatino avance hasta el presente, hallaríamos que desde el obscuro advenimiento del hombre primitivo sobre la faz del planeta que habitamos, ha sido la inclinación instintiva y natural de éste el poner en práctica por todos los medios a su alcance aquellos métodos de defensa que tienden a su propia protección, y a la preservación de la especie humana a que pertenece.

Fiel a este instinto de conservación heredado de nuestros antepasados de generación en generación, también en Puerto Rico hemos hecho uso y seguimos poniendo en práctica aquellos métodos y descubrimientos que son de utilidad para defendernos contra nuestros enemigos especialmente contra esos seres microscópicos, pero vivientes, que son la causa de la mayoría de nuestras peores calamidades, las enfermedades.

En ciencia médica con todas sus ramas, así como, en todos los órdenes de la vida, Puerto Rico sigue las huellas del progreso y la civilización poniendo en práctica la infinidad de métodos, y las facilidades que la ciencia pone a nuestro alcance. Nuestras estrechas relaciones con los Estados Unidos durante 30 años, el contínuo intercambio de ideas, la preparación académica de nuestros jóvenes en los claustros universitarios americanos, están poco a poco cambiando nuestras costumbres y civilización anterior, modificando nuestras ideas y obligándonos a adoptar métodos nuevos.

Ha muchos siglos la medicina era más bien un arte elemental que una ciencia. El origen de las enfermedades se atribuía a causas sobrenaturales, o se consideraban como castigos o venganzaas de los dioses.

A pesar de que los padres primitivos de la medicina ignoraban en absoluto la causa de las enfermedades, tenían sin embargo algún conocimiento sobre las propiedades terapéuticas de muchas plantas y el uso de éstas en el tratamiento de las enfermedades.

La medicina empezó a llamar la atención de la humanidad, a tomar vuelo, en el siglo XII cuando con la invasión de España por los árabes se introdujeron en Europa tales enfermedades como la lepra, la peste bubónica y el tabardillo.

Al través de los tiempos nuestros conocimientos médicos sobre las enfermedades han progresado poco a poco, pero

(*) Conferencia presentada en la Asamblea Científica de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, celebrada en Cayey el 25 de Octubre de 1931. En forma extractada y en inglés fué leída ante el Club Rotario de San Juan el 9 de junio de 1931.

Director del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad de Puerto Rico.

de una manera firme y constante. En la época de aquellas figuras médicas, de tanto nombre y relieve como lo fueron Hipócrates, Galeno y otros muchos, se dependía casi exclusivamente de las observaciones personales, de los síntomas descritos por los pacientes mismos, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. De la causa específica de éstas casi nada se sabía. Más tarde las observaciones objetivas, los signos físicos y evidencias objetivas determinados por el propio médico, se incorporaron a la ciencia y entonces el tratamiento de las enfermedades progresó y avanzó hacia un más alto plano científico.

A fines del siglo XVII Van Leeuwenhock, un sabio holandés, un modesto fabricante de lentes, descubrió el microscopio y dotó a la ciencia de un poderoso instrumento de análisis físico que más tarde había de tener gran importancia y jugar un papel trascendental, imprescindible en el desarrollo y progreso de la medicina moderna. Fué el holandés Leewenhock quien primero vió las bacterias y *animáculas* invisibles, los describió e hizo dibujos de ellos, pero no supo la relación directa que éstos tenían con muchos de los procesos patológicos conocidos hoy por la humanidad.

En el 1762, casi cien años después del descubrimiento de Leeuwenhock, Plenciz anunció al mundo que las enfermedades eran causadas por pequeños organismos invisibles y que cada enfermedad era causada por un organismo distinto. No presentó pruebas para comprobar su aseveración: sus teorías fueron simplemente especulativas y no se tomaron en serio, pasando muy pronto al olvido.

El progreso en los conocimientos científicos durante los siglos XVIII y XIX, indudablemente estimularon a los médicos y éstos empezaron a buscar la causa de las enfermedades, a buscar en todos sitios, en el cuerpo humano, en el cadáver y a ejecutar investigaciones de todos géneros en los órganos de nuestro cuerpo. Así nació la patología, rama importante de la ciencia médica, y la medicina en general y la terapéntica dieron un gran paso de avance en el progreso y desenvolvimiento de la ciencia médica.

Al siglo XIX sin embargo, le fué destinado el ser testigo de los adelantos y descubrimientos que pusieron a la medicina en el plano científico y sólido en que hoy se encuentra.

En el 1828 Ehrenberg estudió las diferentes especies de animaculas microscópicas del heno. Reconoció las diferencias fundamentales entre los organismos que hoy llamamos bacterias y los animaculas que llamamos protozarios.

La busqueda de la causa de las enfermedades continuó con más ahinco y empeño que nunca; el hombre científico persistía en su afán de determinar el agente causal de las enfermedades y ponía en ejecución todos los medios a su alcance. A mediados y fines del siglo XIX triunfó en su empeño, vió coronado de éxito su afán de tantos siglos, y grande fué su sorpresa al encontrar que la causa de la gran mayoría de las enfermedades eran unos organismos microscópicos, vivientes, que se llamaron bacterias y así nació la bacteriología, base fundamental de la ciencia médica actual cuya aplicación a la medicina, a la agricultura, y a la industria ha beneficiado enormemente a la humanidad en todos los órdenes.

El notable descubrimiento del sabio alemán Roberto Koch, el hombre que trazó el camino que había de elevar a la bacteriología moderna a la base sólida y práctica en que se encuentra, revolucionó

al mundo científico cuando en 1876 anunció haber descubierto la causa específica de la fiebre esplénica o anthrax, y demostró que ésta era producida por unos organismos en forma de bastón, que siempre se encontraban presentes en la sangre del animal afectado, y completo su descubrimieto haciendo crecer estos organismos en un medio de cultivo artificial que a su vez trasmitieron la enfermedad a animales sanos inoculados previamente con estos cultivos. Davaine ya en el 1850 había llamado la atención hacia la presencia de estos bastoncitos en la sangre de animales que morían de fiebre esplénica y había también producido experimentalmente la enfermedad en animales sanos inoculándolos con sangre de animales muertos de la enfermedad, pero no fué sino después de las investigaciones de Koch que el mundo científico estuvo conforme y aceptó que el anthrax era causado por el bacilo de anthrax. Fué Koch quien por primera vez en la historia de la medicina cultivó las bacterias en medios artificiales y adoptó los medios sólidos de cultivo, aplicación que pocos años más tarde había de facilitar de una manera segura los grandes descubrimientos que siguieron.

Antes de las investigaciones del gran Pasteur se sospechaba por algunos que la putrefacción era causada por las bacterias, pero no se le dió importancia a esta teoría hasta tanto Pasteur de una manera segura y convincente probó su hipótesis ante el mundo científico.

De entonces parten los innumerables y trascendentales descubrimientos de Pasteur, Koch y sus colegas y los hallazgos sucesivos de agentes causales de un gran número de enfermedades—la tuberculosis, la fiebre tifoidea, el cólera, la peste bubónica, la difteria, la disentería bacilar y otras muchas. Se creyó entonces que cada enfermedad era causada por una bacteria específica que sería descubierta sin lugar a duda en corto tiempo.

Con gran sorpresa se demostró más tarde, que muchas de estas bacterias productoras de enfermedades vivían y se multiplicaban en cuerpos humanos saludables sin dar lugar a trastorno alguno. El mundo científico se dedicó entonces a estudiar la relación existente entre la resistencia del individuo y las bacterias, y así nació la Inmunología; rama de la ciencia médica que abarca el estudio de la constitución esencial del cuerpo humano y su resistencia individual, natural o adquirida, a ciertas y determinadas enfermedades.

El descubrimiento de las bacterias y su relación con los diferentes procesos patológicos, fué un factor de suma importancia que transformó la cirugía en una ciencia que había de adquirir el inmenso prestigio de que goza en el mundo contemporáneo. El nivel científico en que hoy se encuentra la cirugía no se debe al uso de instrumentos especializados o a la habilidad y pericia de los cirujanos; se debe principalmente a dos descubrimientos de aplicación práctica inmediata: la anestesia y la antisepsia. Esta última sobrevino como resultado directo de los grandes descubrimientos de Pasteur puestos en práctica por Lister en Inglaterra.

Gran parte de nuestros conocimientos médicos se deben al descubrimiento y perfeccionamiento del sencillo microscopio usado en el siglo XVII por el sabio holandés, instrumento que ha sido llamado por muchos *"el sexto sentido del hombre de ciencias"*.

Todavía nos queda mucho por descubir en ciencia médica. Existe aún gran nú-

mero de enfermedades cuya etiología y tratamiento nos confunde, pero quien sabe si la persistente insistencia del hombre de ciencia también logre vencer en su empeño y tengamos otra rama en el árbol de la ciencia médica dedicada al estudio de este grupo de procesos morbosos.

El radio de acción del laboratorio es enorme; los conocimientos sobre esta técnica imprescindible de la ciencia moderna son vastísimos, y por esta razón se ha subdividido en distintas aplicaciones cada una de las cuales es una especialidad en sí: la bacteriología, la patología general, la patología clínica, la parasitología, la inmunología, la química biológica y otras muchas.

El laboratorio, y su aplicación en la medicina, se conoce desde hace mucho tiempo, pero no fué hasta después de los notables descubrimientos de los sabios Louis Pasteur y Roberto Koch que esta importante dependencia de la ciencia médica, avanzó hasta el sitio que hoy ocupa. Es innegable que los adelantos de la medicina moderna, nuestros extensos conocimientos en salud pública, higiene y medicina preventiva se deben en gran parte al laboratorio; al descubrimiento de las bacterias, sus propiedades y características, y su relación con las diferentes enfermedades.

Todos conocemos aquellas terribles plagas y epidemias que en los tiempos de antaño flagelaban y diezmaban trágicamente la doliente humanidad. En el transcurso de los años que han pasado el progreso médico científico del hombre las ha ido venciendo una por una, y de aquellos aterrorizantes flagelos solo nos queda el triste recuerdo. También conocemos las numerosas y maravillosas curas descubiertas por nuestros hombres de ciencia para arrebatar de sus garras víctimas seguras a nuestro más tenaz y persistente enemigo "la muerte".

Muchos de ustedes no recuerdan, sin embargo, aquel glorioso cuarto de siglo comprendido entre 1875 y 1900 esplendorosa iniciación de la bacteriología moderna, pues, en ella se hicieron los descubrimientos más notables y de más valor práctico para la humanidad, época en la cual figuran los nombres ilustres e inolvidables de Pasteur y Koch, a quienes se debe en gran parte la base firme y sólida en que se encuentra hoy esta ciencia.

A los héroes guerreros, políticos, jefes de naciones, escritores y literatos, y hasta piratas y bandidos los recordamos siempre por sus glorias o por sus malas acciones, pero, las mentes privilegiadas, los hombres notables que hacen grandes beneficios a la humanidad, que alivian el sufrimiento y el dolor, los olvidamos pronto. Así es la vida! Cuando algún descubrimiento médico de gran trascendencia para la humanidad sale a la luz pública, nos vanagloriamos y lo comentamos elogiosamente, pero pronto no conservamos ni el recuerdo, ni el nombre del descubridor.

El laboratorio es el santuario, el templo, el sitio de trabajo del hombre dedicado a la ciencia: un sitio dotado de aparatos especiales para llevar a cabo investigaciones en un orden variadísimo en el campo infinito de la ciencia.

El laboratorio de investigación es el lugar donde se estudian los difíciles e intrincados problemas científicos, donde se contrastan los conocimientos adquiridos y donde se desarrollan los métodos y técnicas que puedan ser usados y aplicados con beneficio en múltiples actividades de la vida.

El laboratorio de diagnóstico, el que

conocemos con el nombre de "laboratorio de análisis clínico", es el que se dedica al estudio de las enfermedades, que ayuda y aconseja al médico en el diagnóstico y tratamiento de los procesos morbosos, haciendo uso de procedimientos y métodos generalmente aceptados.

La organización social de hoy día hace que el laboratorio diagnóstico se divida en dos clases: el laboratorio particular y el laboratorio de salud pública.

De estos dos el laboratorio de salud pública es el más importante. Como dijo el expresidente de la Fundación Rockefeller, George E. Vincent:

"LA FRECUNENCIA CON QUE LOS MEDICOS DE UNA COMUNIDAD UTILIZAN LOS SERVICIOS DE UN LABORATORIO DE SALUD PUBLICA ES UN INDICE DE LA PREPARACION, INTELIGENCIA, ACTIVIDAD Y LABORIOSIDAD DE LA CLASE MEDICA DE LA REGION EN LA CUAL EL LABORATORIO TRABAJA Y SE DESENVUELVE".

La clase médica de Puerto Rico puede decirse que hace buen uso de los dos laboratorios establecidos por el Departamento de Sanidad. Durante el año fiscal 1930-31 más del 95% de los médicos de Puerto Rico enviaron muestras para examen a los laboratorios de San Juan y Ponce. En ambos se practicaron 77 exámenes por cada 1,000 de población. Esto representa un aumento de 24.7% en el número de exámenes sobre el año anterior indicando que la profesión médica de Puerto Rico hace buen uso de las facilidades que el Estado pone a su disposición en cuanto a laboratorios se refiere.

El radio de acción del laboratorio privado se limita casi exclusivamente a cierto grupo social, a los ricos o medianamente acomodados que cuentan con medios suficientes para pagar los servicios prestados y su función principal consiste en ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Los laboratorios de salud pública se establecen por el Estado para el beneficio del pueblo, en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades por medio de las distintas oficinas de Sanidad. Es deber principal del laboratorio ejecutar aquellas pruebas de reconocido valor científico en el diagnóstico y prevención de aquellas enfermedades transmisibles que constituyen un peligro constante para la comunidad. Hay ciertas pruebas que no siendo de utilidad general para la comunidad y sí solo beneficiosas en contado número de casos individuales, no deben practicarse en los laboratorios de salud pública, pues sólo ocasionan pérdida de tiempo y trabajo ya por demás recargado en estos organismos oficiales. El laboratorio de salud pública, el público, el médico y los oficiales de salubridad deben trabajar en estricta cooperación y armonía para rendir así una labor más beneficiosa en todos sentidos.

Los servicios del laboratorio del Estado están al alcance de todas las clases, sus servicios son gratuitos y pueden dividirse en dos:

1.—Trabajos diagnósticos en la misma forma más o menos que en el laboratorio privado.

2.—Trabajo en la prevención y control de las enfermedades. Esta fase del trabajo no puede hacerla el laboratorio privado por carecer de poder ejecutivo de un departamento de Sanidad que le respalde en sus actuaciones.

Una de las primeras aplicaciones prácticas de los principios y conocimientos

modernos de bacteriología en el control y prevención de las enfermedades la hicieron los doctores Park y Biggs en New York en el 1892 en vista del peligro de propagación de una epidemia de cólera importada de Hamburgo en donde la enfermedad entonces hacía estragos. Por primera vez en la historia de la medicina se establecieron laboratorios de salud pública para el estudio de los casos. La laboriosidad, pericia y perspicacia de los hombres encargados del trabajo, estudiando y diagnosticando rápidamente los casos sospechosos, orientando de esa manera al Departamento de Sanidad, evitó que la enfermedad se propagara y salvó así al estado de la pérdida de muchas vidas y del gasto de muchos millares de dólares.

En la prevención y control de las enfermedades el primer paso del laboratorio consiste en el diagnóstico de la enfermedad para encausar a la propia autoridad sanitaria en el camino a seguir con conocimiento exacto de qué hay que hacer, dónde, cómo y cuándo hacerlo. Esta fase del trabajo de un laboratorio de salubridad pública es en extremo importante en cuanto a lo que a la comunidad se refiere y marcha ligada íntimamente con el diagnóstico de la enfermedad.

En el control y prevención de las enfermedades trasmisibles el laboratorio, los ojos de un departamento de Salud Pública, tiene siempre que estar alerta, pendiente del peligro para dar la señal de alarma y hay ciertos factores que debe siempre tener en mente. En la prevención de las enfermedades el laboratorio debe ser previsor y resguardar al pueblo, darle el aviso, en todo lo que de una manera o de otra pueda constituir un peligro para su salud. Para este fin son de necesidad que el laboratorio preste su debida atención a las actividades siguientes:

1.—Estudio del agua y alimento para el consumo humano, evitando que el pueblo pueda consumir alimentos inadecuados y contaminados causa de posibles enfermedades.

2.—Estudio de los productos biológicos y medicinales para asegurar al público que lo que compra son productos auténticos dignos de confianza y de reconocida actividad.

3.—Educación pública. Esta es una de las funciones de mayor importancia de todo departamento de Salubridad pública moderno. Como bien dijo Biggs, "LA SALUD PUBLICA ES COMPRABLE Y DENTRO DE CIERTOS LIMITES TODA COMUNIDAD PUEDE LIMITAR O FIJAR SU PROPIA MORTALIDAD". Esto solo se consigue por medio de la educación pública. Hay que educar a todas las clases sociales de una comunidad para que la gente tenga algunas nociones elementales, pero ciertas, de la naturaleza de las enfermedades y puedan así cooperar con la clase médica y los oficiales de Salud pública en esta guerra de vida o muerte contra los grandes males que azotan a nuestro pueblo. Esta educación debe comenzar en la edad temprana, en la edad escolar, para que acompañe al niño, como parte integrante de él y debe practicarse en los centros médicos, unidades de salud pública y ser objeto de conferencias públicas y utilizando todos los medios de difusión, tales como la prensa, el radio, etc. En este plan intenso de educación sanitaria deben tomar parte activa aquellas personas que en un pueblo son los obligados a velar por su futuro, principalmente, los maestros, los médicos y los oficiales de Sanidad. La enseñanza higiénica de un

pueblo constituye la base más sólida de toda labor sanitaria. La parte que le corresponde al laboratorio en esta campaña es difícil, complicada. Debe divulgar los medios a nuestra disposición en el diagnóstico de las enfermedades, los usos y abusos que se hacen del laboratorio y en qué enfermedades es indispensable la ayuda pronta y eficaz del laboratorio. Debe enseñársele a depender del médico para la correcta interpretación de resultados de exámenes de laboratorio.

Debe instruirse a los oficiales de Sanidad que no han tenido instrucción médica sobre la forma de tomar y enviar las muestras y la importancia que para un apropiado examen tiene el tiempo en que los especímenes han sido tomados, pues puede modificar el resultado del examen. Es indispensable que todos conozcamos los numerosos factores y dificultades que intervienen en los distintos exámenes de laboratorio y la importancia que aún los resultados negativos pueden tener en ciertos momentos. Es una idea muy extendida entre la gente que para el diagnóstico de cada enfermedad hay una prueba de laboratorio infalible y definiva. Es corriente ver a la gente llegar al laboratorio para que la examinen la sangre y le diagnostiquen su padecimiento sea este cual fuere su origen, bien sea corporal o mental. La educación pública es indispensable, es parte imprescindible de la moderna organización sanitaria. Tenemos mucho que enseñar al pueblo con respecto al trabajo, uso y alcance del laboratorio en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades.

4.—Trabajo de investigación. Aunque este es el objetivo principal de laboratorios e instituciones dedicadas a este propósito, es esencial que en todo laboratorio de Salud Pública se haga algún trabajo de investigación aunque sólo sea con el objeto de mantener el interés y entusiasmo de aquellos que día tras día y mes tras mes dedican su tiempo a una labor rutinaria e invariable. La introducción de nuevos métodos y técnicas originales descansan en la aplicación de sus investigadores. Recordemos que EL TRABAJO DE INVESTIGACION DEL PRESENTE PUEDE LLEGAR A SER LA PRACTICA DEL MAÑANA.

En la busqueda de la causa de las enfermedades el laboratorio echa mano de todos los métodos aceptados desde los más sencillos hasta las pruebas más difíciles y peligrosas. Hace uso de pruebas químicas; estudia microscópicamente los tejidos y humores del cuerpo; investiga la presencia de bacterias y utiliza animales de experimentación para determinar el poder de las bacterias imputables de procesos morbosos o el de agentes desconocidos capaces de producir procesos patológicos específicos.

El hombre que se dedica a esta rama de la ciencia médica debe dedicarle todo su tiempo y entusiasmo, estar al corriente de los métodos modernos y las modificaciones y descubrimientos que se hacen de día en día, dedicándole toda su inteligencia y laboriosidad sin tomar parte activa en la práctica general y rutinaria de la medicina. En otras palabras el hombre de laboratorio debe ser un consultor del médico, un amigo en tiempo de necesidad y no un posible y encubierto rival.

En gran número de enfermedades la ayuda del laboratorio es indispensable para su comprobación y tratamiento; pero en otras las pruebas de laboratorio sólo sirven para la negación y eliminación de la supuesta causa patológica.

En la correcta interpretación de los resultados de exámenes de laboratorio debe tenerse en cuenta los conocimientos que de la enfermedad sospechada tiene el que toma la muestra la forma en que la muestra es tomada, los días de enfermedad del paciente, el tratamiento que ha estado en vigor, el tiempo que se pierde desde que se toma la muestra hasta que llega al laboratorio, el tiempo que se dedica al examen de la muestra, y otros muchos factores que sería innecesario enumerar, pero que nunca debemos olvidar, al recibir un resultado que difiere de la opinión que ya de antemano hemos formado sobre la posible etiología del proceso en litigio. Ante todo debemos advertir que para la correcta interpretación del resultado de un estudio de laboratorio es indispensable que el facultativo conozca el mecanismo de la prueba practicada para poder formar un juicio clínico correcto; solamente así, comprendiendo el verdadero alcance en todo sentido de la prueba practicada en relación con el proceso morboso en estudio, podemos interpretar correctamente su significado y entonces someterlo a una crítica científica y justa y no caprichosa e hija de un momento de impetuosidad y enojo como sucede a menudo ante nuestra inhabilidad en poder llegar en un momento dado a un diagnóstico definitivo cuando los familiares o amigos del enfermo así lo demandan.

Entre los exámenes de laboratorio usados más corrientemente por los médicos se encuentran los de sangre, orina y otras secreciones del cuerpo con el objeto de determinar la actividad funcional de ciertos órganos, o su posible lesión local y calcular así el efecto del tratamiento que se ha estado practicando.

Estudios de la composición celular de la sangre son de gran valor en el diagnóstico de estados patológicos de la sangre misma o de los procesos infecciosos. Entre estos últimos se encuentra la apendicitis y otras enfermedades infecciosas; entre los primeros, la malaria, las distintas anemias y otras afecciones patológicas de los órganos hematopoyéticos.

Estudios de la flora bacteriana de la sangre, heces fecales, orina y otros fluídos o secreciones normales o anormales del cuerpo son de máxima utilidad práctica en el diagnóstico de muchas enfermedades.

Los análisis microscópicos de tumores, crecimientos de la estructura histológica bien procedan los tejidos de seres vivos o muertos pues siempre los órganos del cuerpo pueden revelar en determinados casos la presencia de caracteres patológicos indicadores de algún proceso morboso específico.

Los estudios de las heces fecales, orina, sangre u otros emunctorios del cuerpo para dictaminar sobre la presencia de parásitos o de sus ovas.

Los análisis serológicos de la sangre nos podrán revelar la presencia de ciertas substancias llamadas "aglutininas" determinantes de los fenómenos de aglutinación o agrupación de ciertas bacterias.

Hay varias pruebas de laboratorio muy conocidas que se utilizan muy frecuentemente por el médico y por el público. Entre éstas se encuentra en primer término las diferentes pruebas de fijación del complemento y de precipitación para el diagnóstico de la sífilis. Son pruebas diagnósticas de gran valor práctico, e inspiran bastante confianza; pero un resultado negativo no siempre indica que

el paciente no tiene sífilis. Cuando una prueba se ha vulgarizado de una manera tan extensa sus resultados deben ser siempre bien entendidos e interpretados por el médico tratante.

¿En ausencia de toda historia o signos físicos de sífilis, significa la presencia de una reacción positiva de Wassermann o su equivalente el que el paciente sufre de sífilis?

Craig, una de las autoridades mundiales en métodos serológicos referentes a sífilis, dice que la reacción Wasserman cuando es positiva, aunque no siempre es absolutamente indicativa de que existe una infección sifilítica, pues de vez en cuando se dan resultados positivos en alguna que otra enfermedad específica, es un dato de gran valor pues resultados positivos con esta reacción indican la presencia de sífilis en la gran mayoría de los casos y que el valor práctico de la reacción no disminuye ante el hecho de los raros y excepcionales casos, excepción hecha de la buba o framboesia trópica, en que esta reacción da resultados positivos en otras condiciones. Desde un punto de vista práctico es dudoso si hay alguna prueba de más valor práctico que se emplee en la clínica moderna, cuyo margen de error aparece ser menos de cinco décimas de un porciento.

La segunda conferencia internacional de la Liga de las Naciones sobre serodiagnóstico de la sífilis, que tuvo lugar en Copenhagen en el 1928 y en la cual estuvieron representadas 19 naciones por 37 hombres notables en el campo de la ciencia, adoptó las siguientes resoluciones:

1.—Que a pesar de la reconocida sensibilidad de las numerosas pruebas usadas en el diagnóstico de la sífilis, un resultado positivo puede ocurrir aún en casos en que la enfermedad no existe.

2.—Que una reacción positiva en ausencia de síntomas o signos físicos de la enfermedad no debe aceptarse nunca como señal inequívoca de sífilis, hasta tanto no haya sido comprobada válida en la misma forma por lo menos en otra prueba tomada al mismo individuo y practicada por la misma persona.

3.—Que con excepción de los casos de algunas condiciones patológicas específicas ya definidas, una reacción positiva repetida y comprobada por varios métodos distintos, es prueba casi concluyente de que el paciente sufre de sífilis.

Las numerosas pruebas y métodos que existen para el diagnóstico de algunas enfermedades son causa de confusión para muchos médicos. Cualquier prueba que ha sido usada por algún tiempo, que ha sido comprobada válida y adoptada por la ciencia médica debe ser aceptada sin reservas por los médicos en general.

El Congreso en Copenhagen, teniendo en cuenta la importancia de las reacciones de fijación de complemento y precipitación usadas en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la sífilis, desea llamar la atención del mundo entero hacia el hecho de que el valor actual de estas pruebas aumentaría grandemente y evitaría erróneas interpretaciones si los médicos y clínicos estudiasen con más detenimiento el verdadero valor diagnóstico y terapéntico del informe rendido por el laboratorio que practica el examen.

Es una idea general y arraigada en la mente de la clase médica que las diferentes reacciones de precipitación principalmente la reacción de Kahn usadas para el diagnóstico de la sífilis, son tan sencillas y de tan fácil ejecución que están al al-

cance de cualquier médico el ponerlas en práctica en su consultorio sin la ayuda o intervención de un hombre especializado en trabajos de laboratorio. El congreso auspiciado por la Liga de Naciones, sobre el serodiagnóstico de la sífilis, adoptó una resolución sobre esto, al efecto de que las distintas pruebas de precipitación, a pesar de su aparente sencillez y fácil ejecución, son en extremo delicadas y sensibles a los más ligeros cambios en las condiciones experimentales, y dan, por consiguiente, lugar a muchos errores tanto en su ejecución como en la correcta interpretación del resultado de la prueba, debiendo en tal virtud ser ejecutadas solamente por serólogos expertos.

Cuando tenemos que escoger entre varias pruebas para el diagnóstico de una misma enfermedad, debemos pensar que unas son superiores a las otras en algún respecto y que cada cual tiene sus ventajas y desventajas; pero los resultados de todas deben ser interpretados y valorados justamente, por lo que ellos representan y significan, recordando que estos resultados dependen en gran parte de la experiencia, cuidado y conocimientos técnicos tanto del que toma la muestra como del que hace el examen; que su interpretación final depende del conocimiento general y experiencia clínica del médico tratante que es quien va a valorar el resultado de acuerdo con la afección de que sufre el paciente.

Aún en nuestros días, hay muchos médicos que no creen en el laboratorio como auxiliar eficaz en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y otros que lo usan como un canasto de desperdicio en donde tiran de una manera despectiva sus fracasos en el diagnóstico de procesos morbosos que no ha sabido, quizás, conducir y tratar por indiferencia y falta de estudio de los casos a su cuidado y así cargan sus fracasos a la reputación y buen nombre del trabajador competente y conocido en la comunidad que desde el laboratorio le prestó un servicio que él no supo comprender.

No debemos aceptar o esperar que las pruebas practicadas en los laboratorios sean métodos infalibles para hacer un diagnóstico. Los resultados de exámenes de laboratorio deben ser, repito, interpretados por los médicos, en consonancia con los síntomas y signos físicos del paciente; el laboratorio es sencillamente una ayuda. Podemos imaginárnoslo como uno de los muchos instrumentos que usa el clínico en sus faenas diarias, como un estetóscopo, por ejemplo. Este simple instrumento de exploración nos revela muchas veces signos inequívocos de procesos morbosos determinados que nos inclinan a hacer un diagnóstico definitivo, pero que, a veces, a pesar de nuestra sospecha, no nos confirma aquello que esperábamos encontrar. Siempre nos queda el consuelo de que en nuestro estudio de las enfermedades los resultados negativos, si se interpretan correctamente, son de tanta importancia y de tanto valor como algunos resultados positivos.

La influencia del Laboratorio en el progreso de la medicina curativa y preventiva ha sido de una importancia enorme; pero los resultados obtenidos por el laboratorio deberán ser siempre interpretados en su justo valor. Es una idea popular muy extendida entre el vulgo y hasta en algunas personas cultas y con educación superior universitaria, el creer que una serie de exámenes de laborato

rio, rayos X y estudios objetivos por el estilo, son todo lo que se necesita para inmediatamente diagnosticar cualquier enfermedad y cuando esto no ocurre, se culpa al hombre que hace el trabajo de investigación patológica. Es muy difícil convencer a algunos médicos y al público en general, cuando los resultados de algunos exámenes de laboratorio no concuerdan con las sospechas que ellos albergan del caso, y hacerles comprender que es tanto o más fácil para el médico equivocarse cuando depende exclusivamente para el diagnóstico, del conjunto de síntomas y signos físicos, especialmente en algunas enfermedades donde estos no siempre son claros y definidos, que para el hombre de laboratorio, el cual hace uso de métodos ya establecidos y aceptados, siguiendo una técnica definida. Aceptamos que el laboratorio puede equivocarse en un examen; no somos infalibles; el errar es una cualidad humana, pero en este caso particular, ésto es la rara excepción y no la regla. Cuando albergamos alguna duda con respecto al resultado de algún examen de laboratorio o éste no concuerde con nuestras sospechas de la enfermedad en estudio, debemos acudir al hombre de laboratorio, al que hizo el examen para que nos lo explique y nos de su consejo y recomendaciones que en muchas ocasiones nos serán de utilidad y nos ayudarán a salir de dudas. Recordemos las palabras de aquel sabio español Don Francisco Giner de los Ríos cuando dijo: "LA CIENCIA ES COSA DE CONCIENCIA" y apliquemos también a nuestra noble profesión este axioma que tanta verdad encierra.

Somos los médicos, en gran parte, los culpables de la errónea opinión que el pueblo tiene sobre la infalibilidad de los exámenes de laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades. Ya es tiempo de que nos pongamos de acuerdo y todos juntos tratemos, por los medios a nuestro alcance, de educar al pueblo y hacerle ver la verdadera realidad e importancia de los exámenes de laboratorio, rayos X y estudios objetivos por el estilo en el diagnóstico patológico.

En nuestra continua lucha con las enfermedades, en la pesquisa clínica a la cabecera del enfermo, una vista perspicaz y unas manos hábiles, guiadas por el razonamiento claro de un cerebro alerta y bien educado, dominarán la situación. Así ocurrió en los días de nuestros antepasados, así sucede en el presente y de igual modo continuará repitiéndose en el futuro, estando como además estamos pertrechados con los nuevos métodos y procedimientos que la ciencia ha puesto a nuestra disposición y que son el resultado del progreso y de la civilización contemporánea. En este batallar eterno, en esta lucha por la existencia, en nuestra guerra en pro de la salud y la conservación de la vida, en esta lucha heróica, cada hombre que se considere digno o con derecho a vivir debe hacer la firme resolución de emplear, su más decidido propósito y su más ardiente tesón.

La medicina moderna espera aún de la ciencia del laboratorio muchos resultados tan brillantes como los que, en la corta vida que tiene, ha realizado y pone su esperanza en que el avance del futuro sea igualmente fructífero como lo ha sido el pasado.

Es realmente lamentable que gran número de nuestros legisladores, políticos y público en general, consideren los la-

boratorios como cosas superfluas, dedicadas al estudio e investigación de entidades desconocidas; instituciones en las que se gastan grandes cantidades de dinero sin resultados prácticos o beneficiosos para la comunidad. Pensando así demuestran su desconocimiento absoluto de los servicios y los beneficios que la humanidad deriva de los laboratorios, especialmente la clase pobre, los desheredados de la fortuna, que carecen de dinero o medios de proporcionarse las ventajas de la ciencia moderna. Consolémonos, sin embargo en que a todos les llega la oportunidad de adquirir por experiencia propia y de una manera palpable la gran necesidad y los valiosos servicios que nos prestan los laboratorios, pues a ellos hay que acudir siempre, pidiendo su docto dictamen, en esos momentos de angustia y dolor cuando un ser querido es víctima de una cruel enfermedad, quizás a las puertas de la muerte. En esos momentos fatales el laboratorio es el que dice su última palabra definidora.

Los nombres de los laboratorios no aparecen en letras de molde en nuestros rotativos. Cuando una enfermedad o epidemia es dominada por la ciencia, el trabajo del laboratorio escasamente se menciona, si es que acaso se nombra; a ellos se les deja en la más absoluta ignorancia, silenciando su labor y hasta olvidándose de que existen; y sin embargo, quizás no hay ninguna otra institución médica que auxilie con más frecuencia a la gran mayoría de la clase médica en el diagnóstico tratamiento y supresión de las enfermedades que la institución que llamamos laboratorio de análisis clínico.

Los laboratorios son una necesidad imprescindible; en nuestros tiempos modernos sus servicios son indispensables al médico y al oficial de salubridad, sirven de consejero del primero y de guía previsora a los Departamentos de Sanidad. Ojos escudriñadores, siempre alertas, que tan pronto perciben las primeras señas de peligro las trasmiten a los centros de autoridad correspondientes, quienes a su vez ponen a funcionar de una manera pronta y efectiva la complicada maquinaria protectora, salvaguardia de la salud del pueblo con el fin de contener la diseminación y desarrollo de las enfermedades.

Quienquiera que desee el progreso y la prosperidad, e interese colocar a la humanidad en los planos más elevados de nuestra civilización, ha de apoyar por todos los medios a su alcance el trabajo del hombre de ciencia, dedicado a tan meritísima labor.

Y para terminar permítaseme repetir una pequeña estrofa de Frederick Soddy sobre los laboratorios:

"Los Laboratorios son necesarios; y aunque pudiésemos concebir bajo el palio azul del firmamento, un substituto para el artista sin estudio, o para el evangelista sin templo, sería una falacia la de concebir la existencia de un hombre de ciencia sin Laboratorio."

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Dr. Rafael Rodríguez Molina.

Durante el mes de septiembre embarcó hacia Estados Unidos con la idea de tomar un curso post-graduado en la Escuela de Higiene de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore. El Dr. Rodríguez Molina es instructor en parasitología en la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico y marcha al Norte a ampliar sus conocimientos en esta importante rama de la ciencia médica. Durante la presidencia del Dr. Ramón M. Suarez fué el Dr. Rodríguez Molina editor auxiliar y administrador de este boletín habiendo levantado su standard científico y habiendo ayudado a ponerlo en la base sólida en que hoy se encuentra. Le deseamos toda clase de éxitos a este distinguido miembro de nuestra Asociación.

Asamblea Anual de la Asociación Médica de los Distritos de Mayagüez, y Aguadilla.

El 27 de septiembre se llevó a cabo la reunión anual de la Asociación Médica de los distritos mencionados. El programa científico fué el siguiente:

1—Breves palabras por el Dr. P. Perea.

2—(a) Choque anafiláctico después de aplicar una inyección intravenosa de suero anti-pneumocóccico polivalente, tratado felizmente con una inyección intravenosa de adrenalina y otra de atropina.

(b) Un caso rarísimo de adenoides, que por su tamaño y posición extraordinarios, asfixiaba a una señora con inminente peligro de muerte, por el Dr. C. González.

3—Thrombo-angitis Obliterans. Presentación de un caso por el Dr. Luis A. Passalacua.

4—Fiebre hemoglobinúrica en Puerto Rico, por el Dr. Suárez.

5—Operación Cesárea. Contribución a su técnica. Por los doctores F. Seín y J. F. González.

6—Cicatrización en Tuberculosis pulmonar. Su aspecto roentgenológico, por el Dr. Igartúa.

7—Un caso de órganos genitales dobles en la mujer con embarazo y parto en ambos lados, por el Dr. Manuel Díaz García.

8—Fotografía, Pelvigrafía, Cefalografía, por el Dr. M. Guzmán Jr.

9—La Influencia del Laboratorio en la Medicina Moderna, por el Dr. O Costa Mandry.

10.—El grave problema de la Mortalidad Infantil en Puerto Rico, por el Dr. L. Figueroa.

11—Clausura, por el Dr. O. Goyco.

Debido a la falta de tiempo no se pudieron leer los trabajos de los doctores Díaz García, Guzmán Jr., Costa Mandry, Figueroa, y Seín y González.

La Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico y su Consejo celebraron una reunión extraordinaria citada a tal efecto por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico para tratar asuntos de gran trascencia en la vida de nuestra Asociación.

Las siguientes directivas para el próximo año fueron electas:

Distrito de Mayagüez.

Presidente ..... Dr. Sanabria
Vice-Presidente ..... Dr. Trelles
Secretario .....Dr. Edgardo Quiñones

Delegados a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico:

Dr. Guzmán Jr.
Dr. Arquelio Ramírez.

Distrito de Aguadilla:

Presidente ..... Dr. Seín
Vice-Presidente ..... Dr. Pedro Zamora
Secretario ..... Dr. Felipe González
Tesorero ..... Dr. Carlos González
Delegados a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico:
Dr. Antonio Muñiz.

Asociación Médica del Distrito de Arecibo.

El 4 de octubre de 1931 se llevó a efecto la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Arecibo con el siguiente programa.

1—Infecciones Intestinales por Ingestión de Alimentos Protéicos Contaminados, por el Dr. Costa Mandry.

2—Bronquiectacia y el Lavado Bronquial, por el Dr. J. H. Font.

3—La Prueba Intra-dérmica de la Tuberculina en el Diagnóstico de la Tuberculosis, por el Dr. Rodríguez Pastor.

4—Cálculo Urinario de Tamaño poco común, por el Dr. J. M. Armáiz.

5—Fiebre Tifoidea por las Aguas de una Cisterna Contaminada por un Portador del Bacilo de Ebert, por los Dres. E. Garrido Morales y O. Costa Mandry.

6.—Psicosis Transitoria en algunos casos de Sífilis Meningo Vascular, por el Dr. Luis M. Morales.

La siguiente directiva fué electa:
Presidente ..... Dr. F. M. Susoni
Vice-Presidente ..... Dr. M. Astol
Secretario ..... Dr. J. Armaiz
Tesorero ..... Dr. H. F. Carrasquillo
Delegados a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico:
Dr. Otero López.

Nomenclatura y Clasificación del Bocio.

La Asociación para el estudio del Bocio apreciará mucho la publicidad que se dé a la Nomenclatura y Clasificación siguiente que ha sido adoptada por la misma:

Clasificación Clínica

Tipo 1ro.: Bocio difuso no tóxico.
Tipo 2do.: Bocio difuso tóxico.
Tipo 3ro..: Bocio nodular no tóxico
Tipo 4to.: Bocio nodular tóxico

Nomenclatura

La Asociación aboga por el uso de la más simple terminología descriptiva.

El uso de nombres peculiares, aunque es imposible omitirlo para muchos ya establecidos en la literatura del Bocio debe evi arse así como también aquellas palabras de referencia inventadas para popularizar una novedad o un capricho.

Debe insistirse sobre la importancia de no confundir las variedades y secuelas de la enfermedad con los tipos.

El uso de términos como exoftálmico, hemorrágico, cístico, adolescente, coloide, intra-toráxico, sub-external y congénito es perfectamente apropiado cuando se emplean para describir variedades, pero las características constantes sólo deben usarse cuando se designan tipos.

El Laboratorio Biológico.

Esta importante dependencia del Departamento Insular de Sanidad que tantos y tan buenos servicios rinde a la clase médica y al público en general, ha trasladado sus oficinas a la casa de Beneficencia, antiguo Manicomio insular a un local que reune las exigencias modernas para esta clase de trabajos. El honorable Comisionado de Sanidad Dr. Fernós Isern y el Director del Laboratorio Biológico Dr. Costa Mandry, invitan cordialmente a los médicos a hacer una visita de inspección al nuevo laboratorio.

Dr. Santiago Veve Calzada.

El 18 de octubre falleció en su residencia de la Sardinera, Fajardo, este querido compañero, a quien tanto debe la clase médica del país. Antes que nada fué médico y dió todo su entusiasmo y cooperación a la Asociación Médica de Puerto Rico y a la clase médica en general. Es con profundo pesar que damos la infausta nueva. La Asociación Médica de Puerto Rico y la Asociación Médica del Distrito de Humacao expresan a los deudos del finado su sentido pésame por la irreparable pérdida que también se hará sentir en el seno de ambas asociaciones.

Asociación Médica del Estado de Vermont.

Hemos recibido atenta invitación para la 118aba reunión anual de la Asociación Médica del estado de Vermont que se celebrará los días 8 y 9 de octubre, 1931 en Rutland, Vermont.

El programa científico para la reunión es en extremo interesante habiendo infinidad de trabajos de gran valor científico.

Agradecemos la invitación que se extiende por ésta a todos los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Phi Chi Delta.

El 20 de septiembre tuvo lugar una reunión de los alumni de la que fué fraternidad médica Phi Chi Delta.

El objeto de la reunión fué volver a fundar esta importante fraternidad para poder continuar los trabajos que hace algún tiempo llevaba a cabo en Estados Unidos.

La reunión se celebró con 26 comensales y después de constituirse el capítulo fueron electos para su directiva los siguientes miembros:

Dr. Rafael Bernabe,
Dr. Ramón J. Sifre,
Sr. M. Gorbea,
Dr. J. H. Font,
Lcdo. Fernández,
Dr. Luis Herrera,
Dr. Alfaro Díaz,
Dr. A. Navas Torres,
Dr. Vicente.

Después de la reunión hubo un ameno banquete en el Pavillon Bleu, en el Condado, Santurce.

La fraternidad cuenta al presente con 162 miembros en la isla de Puerto Rico, todos profesionales de reconocido valor. La Asociación Médica de Puerto Rico felicita a la nueva directiva y desea que la fraternidad vuelva a entrar en el período de vida activa en que tanto prestigio alcanzó en Estados Unidos.

Dres. Pedro Perea Fajardo y H. F. Carrasquillo.

El 6 de octubre pasado embarcaron rumo a Estados Unidos estos distinguidos compañeros con el fin de asistir al "International Medical Assembly" en Milwaukee, Wisconsin.

Estos compañeros representarán a la Asociación Médica de Puerto Rico en dicho congreso como delegados oficiales habiendo sido electos para tal fin por la Cámara de Delegados en su sesión extraordinaria de septiembre 27 celebrada en Mayagüez.

A su regreso rendirán un informe de sus actividades a la Asociación Médica de Puerto Rico.

Les deseamos toda clase de éxito en la representación que ostentan de nuestra Asociación.

REVISTA DE REVISTAS

KOLMER, JOHN A., The Principles of Vaccine Therapy, Am. Jr. Clin Path., Sept. 1931. I:355.

Empieza el autor su muy interesante trabajo exponiendo el hecho de que en la terapia biológica en ciencia médica no hay quizás otro tema más difícil de evaluar que el uso de vacunas en el tratamiento de las enfermedades. El estudio de la extensa literatura a este respecto acumulada durante los últimos 25 años deja a uno en duda sobre el verdadero valor de los estudios publicados en cuanto a los resultados obtenidos con vacunas.

El autor entra en la discusión de lo que él considera los principios fundamentales en la preparación y uso de vacunas en el tratamiento de procesos patológicos.

Damos a continuación el sumario que presenta en su trabajo:

1—Las vacunas han dado mejor resultado en la prevención que en el tratamiento de las enfermedades.

2—La técnica usada en la preparación de vacunas autógenas y "Stock" tiene una gran importancia en los resultados terapéuticos de la vacuna.

3—La terapia con vacuna exige un diagnóstico bacteriológico exacto, especialmente el uso de técnicas aceptables para obtener el organismo más importante en la preparación de la vacuna.

4—Vacunas autógenas bien preparadas deben ser preferibles a vacunas "Stock."

5—Siempre que sea posible las vacunas deben consistir de organismos vivos o de una virulencia modificada o atenuada.

6—Las toxinas bacterianas deben de ser incorporadas siempre que sea posible en la preparación de la vacuna.

7—La esterilización de las vacunas debe hacerse preferentemente con substancias químicas o filtradas a través de un filtro especial antes que con calor.

8—La inmunización profiláctica depende generalmente de los anticuerpos específicos que se producen mientras que la inmunización terapéutica depende en parte de los efectos específicos y no específicos producidos en el cuerpo humano.

9—La inyección intra cutánea de vacunas es de más valor profiláctico y terapéutico que la vía sub-cutánea.

10—El modo de administrar la vacuna y la dosis usada tienen un efecto indiscutible en los resultados que habrán de obtenerse y deben ser tomados en cuenta de acuerdo con las indicaciones de cada caso individual.

11—La terapia con vacunas da buenos resultados en algunos casos de procesos infecciosos agudos.

12—En el tratamiento de algunas enfermedades crónicas el uso de vacunas ha dado buenos resultados, especialmente aquellas vacunas preparadas por personas competentes y con experiencia y siguiendo técnicas aceptables.

O. C. M.

BOERNER, FRED.—Standard Normals and Normal Ranges in Hematology.—Am. Jr. of Clin. Path. Sept. 1931. 1:391.

Después del examen de orina el examen de sangre es quizás la prueba de laboratorio que más frecuentemente se usa en la clínica. Los resultados de exámenes de laboratorio son por lo general informados al clínico en tal forma que a éste le es difícil amenudo interpretar correctamente los informes debido a la falta de uniformidad en las cifras normales. Debe de tratarse por todos los medios de hacer que estos informes sean más uniformes para que puedan ser interpretados igualmente por todos.

El objeto del presente trabajo es llamar la atención de los médicos hacia ciertas recomendaciones que aparecen en el capítulo sobre Hematología en el libro "Approved Laboratory Technic, by Kolmer and Boerner," que ha sido preparado bajo los auspicios de la Ascoiación Americana de Patólogos Clínicos y el cual se encuentra al presente en la imprenta.

Es de particular interés la tabla sobre cifras normales y límites normales que se recomienda para uso al informar contajes de sangre y calcular los divesros índices. Esperan los autores que estas tablas tengan la aceptación de los clínicos y hombres de laboratorio y que su uso permita más uniformidad en el informe e interpretación de contajes de sangre.

Las tablas a que se hace referencia son las siguientes:

TABLA NO. 1.

Cifras Normales y Límites Normales

EXAMEN	Cifras Normales (100%)	Límite Normal
Hemoglobina (hombre)	17.3 gms por 100cc. de sangre.	14-18 gms. (80-105%) por 100cc. de sangre.
Hemoglobina (mujer)	17.3 gms por 100cc. de sangre.	12-15.5 gms. (70-90%) por 100cc. de sangre.
Eritrocitos (hombre)	5 millones.	4.5 a 6 millones.
Eritrocitos (mujer)	5 millones.	4 a 5.5 millones.
Leucocitos	De acuerdo con la edad	4 a 11 mil.
Volumen celular (hombre)	50cc. por 100cc. de sangre.	40 a 50cc. por 100cc. de sangre.
Volumen celular (mujer)	50cc. por 100cc. de sangre.	35 a 45cc. por 100cc. de sangre.
Volumen % (hombre)	Dos veces el volumen celular.	80 a 100%.
Volumen % (mujer)	Dos veces el volumen celular.	70 a 90%.

En la interpretación de contajes leucocitarios debe usarse la siguiente nomenclatura por los técnicos que hacen el examen:

Neutropenia	disminución en el número de polimorfonucleares.
Basopenia	disminución en el número de basófilos.
Eosinopenia	disminución en el número de eosinófilos.
Linfopenia	disminución en el número de linfocitos.
Monopenia	disminución en el número de monocitos.
Neutrofilia	aumento en el número de polimorfonucleares.
Basofilia	aumento en el número de basófilos.
Eosinofilia	aumento en el número de eosinófilos.
Linfocitosis	aumento en el número de linfocitos.
Monocitosis	aumento en el número de monocitos.

TABLA NO. II.

Límites Normales de los Leucocitos

	3 meses a 3 años	3 a 5 años	Mayores de 5 años
Neutrófilos	2000-7000	3000-8000	3000-7000
Basófilos	0-50	0-50	0-50
Eosinófilos	25-700	50-700	50-400
Linfocitos	4000-9000	2500-6000	1000-3000
Monocitos	25-700	25-700	100-600

El sumario de este interesante trabajo es como sigue:

Al traer a la atención de esta Sociedad el valor y el objeto de las cifras normales esperamos que estimulen el interés de los clínicos y hombres de laboratorio para que se acepten y se usen. Los puntos más importantes del trabajo son los siguientes:

1—Las cifras normales no son infaliblemente exactas pero se deben usar como "Standard" al informar exámenes de sangre y calcular índices.

2—Los límites son las cifras que pueden considerarse como normal. Estas pueden alterarse de acuerdo con las peculiaridades del país o con los resultados o experiencia del hombre que hace el examen.

3—La aceptación y uso de estas cifras normales harán mas uniformes los resultados de exámenes de laboratorio.

4—No implica un cambio en los standards antiguos el uso de los standards que se proponen.

5—Mientras los patólogos clínicos estudian este problema y decidan si deben alterarse las cifras normales, los clínicos continuarán recibiendo los informes con cifras y cálculos uniformes y usados por todos igualmente.

6—El uso de cifras normales no altera en forma alguna la exactitud de los informes.

O. C. M.

FRIEDENWALD, JULIUS and THEODORE H. MORRISON—"The Clinical Significance of So-called Chronic Appendicitis"—Ann. of Int. Med.—(July 1931)—Vol. 5, No. 1:8.

Basándose en un estudio cuidadoso de la literatura y en observaciones personales de un gran número de casos, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1—Apendicitis crónica considerada exclusivamente desde el punto de vista clínico no es tan frecuente como generalmente se cree. Que ocurre, sinembargo, lo prueba el que muchos casos curan completamente algunas veces después de una apendectomía.

2—Los síntomas ocurren (1) como el resultado de trastornos en otros órganos abdominales y (2) en forma de neuralgia de la pared abdominal. Se recomienda el método de Carnett para diferenciar la patología intra-abdominal de las enfermedades extraviscerales y de la pared.

3—Los signos roentgenológicos tienen poca significación, pues son además de equívocos, de difícil interpretación.

4—Se deben individualizar los casos y un diagnóstico que no esté corroborado por una historia de ataques agudos previos debe ser siempre mirado con desconfianza.

R. M. S.

SILVERMAN, A. C. (1931) Poliomielitis aguda en Syracuse.—Am. Jour. Dis. Child. 1:829.

En este artículo se informan cinco brotes epidémicos de poliomielitis aguda en la ciudad de Syracuse ocurridos entre 1922 y 1929. El autor estudia la incidencia de estos casos y llega a la conclusión de que fueron transmitidos por contacto directo. El sexo masculino predominó sobre el femenino y sólo ocurrieron dos casos en la raza de color. El 78 por ciento de los casos tenían menos de nueve años de edad. Relativamente ocurrieron más muertes en los mayores que en los de menor edad.

Se discute el uso de suero de convalecientes en los estados preparalíticos y se favorece la inyección intraespinal de suero convaleciente en casos preparalíticos cuidadosamente diagnosticados.

P. M. O.

GEIGER, R.: (1931) La Ocurrencia de Espiroquetas en el Líquido Céfalo Raquídeo.—Arch. f. Derm. u Syph. 162:473.

El líquido céfalo raquídeo de treinta casos de sífilis fué examinado. Dos de los casos eran primarios con Wassermann negativo. Cuatro primarios con Wassermann positivo; veinte secundarios y cuatro terciarios o latentes.

Cinco de los líquidos eran positivos a los métodos usuales. (W. R., oro coloidal, citología etc.) Los otros veintitres dieron reacciones negativas.

Centrifugando el líquido después de añadir albumina y kaolina, fijando el sedimento en parafina y tiñendo secciones en serie por el método platagelosa de Warthin, el autor pudo demostrar la presencia de espiroquetas en doce de los líquidos examinados.

P. M. O.

PILLONI, S.: 1931. El Tratamiento Bacelli para el Tétano. Policlínico 38:510.

Bacelli en 1888 recomendó el uso de ácido carbólico en el tratamiento del tétano. Más tarde Woods reportó resultados halagueños con el mismo tratamiento y Marie y Morax confirmaron su valor terapéutico.

En este trabajo el autor informa 53 casos tratados por este método. La edad de los pacientes varió de 9 a 63 años. Son clasificados como fulminantes 11 pacientes que murieron antes del tercer día, graves 14 de los cuales murieron seis y el resto curó. Veintiocho fueron clasificados como severos, todos recobraron a excepción de uno.

De los 53 pacientes, 35 recobraron. Las dosis de fenol usadas eran de 0.05 gramos en 3 cc. de agua. La dosis máxima por día fué de 0.75 gramos, y la cantidad total administrada varió de 2.3 a 28.5 gramos. Ninguno de los pacientes mostró intolerancia a la droga.

P. M. O.

Cold Weather Aids

To the Physician

With the approach of Fall and Winter, it is well to be prepared against the usual ailments associated with sunless days, rain, cold and snow... During this period of greater susceptibility to colds, influenza, pneumonia and other diseases, many physicians have found Oscodal and Omnadin invaluable in building up resistance and hastening recovery.

OSCODAL

METZ BRAND OF
COD LIVER OIL CONCENTRATE

Oscodal is supplied in agreeable and convenient sugar-coated tablets. If reinforces the growth-promoting and bone-building vitamins A and D, so often deficient in the diet. Thus Oscodal corrects faulty development in children and increases the resistance to colds and other infections at all ages.

Oscodal contains per Gram not less than 25,000 vitamin A units (U.S.P.) and 1,330 vitamin D units(Steenbock). In vitamin A and D potency, each tablet is equivalent to ½ teaspoonful of cod liver oil.

Supplied in
bottles of 42 and 100

OSCODAL
and
OMNADIN

both Metz originals—will be extensively advertised to physicians during Fall and Winter. Be prepared to meet the demand by ordering a supply from your wholesaler now.

OMNADIN

BRAND OF PROPILIN

Omnadin is a non-specific lipo protein preparation which increases the resistance power against infections without causing shock. It also reduces the severity of the symptoms and hastens recovery.

Omnadin is administered by intramuscular injections which are well tolerated both by adults and children.

Indicated in *Colds, Influenza, Pneumonia,, Arthritis, Infections of eye, ear, nose, throat,* etc.

Supplied in
2 cc. ampules, boxes of 5

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 VARICK STREET, NEW YORK, N. Y.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.



Ensáyela GRATIS

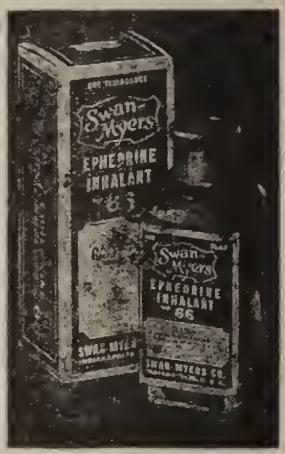
. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 **SWAN-MYERS** por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestesico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE
Inhalant, No. 66

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

_____

_____

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R

¡ALGO MAS QUE UNA SIMPLE PREPARACION DE HIERRO!



La inestimable eficacia del hierro, más la Vitamina B y otros agentes reconstituyentes.

EN el Neoferrum el médico tiene a su disposición una preparación ferruginosa que activa una muy rápida regeneración sanguínea.

Ha dado los más rápidos y satisfactorios resultados en las anemias y clorosis y en las deficiencias sanguíneas en general acompañadas de desnutrición y adinamia, restaurando el vigor, el apetito y el color.

FORMULA

Hierro Elemental	0.28 %
Manganeso Elemental	0.066 %
Acido Arsenioso	0.0007 %
Maltina	30.00 %
Vino de Jerez (menos el alcohol)	19.00 %
Alcohol Absoluto (por volumen)	18.00 %
Agua Bidestilada c.s. para hacer	100.00 %

El Neoferrum corrije no solamente el empobrecimiento sanguíneo, sino que, por su abundancia de Vitaminas B, mejora el apetito, acelera la nutrición y fortifica el organismo debilitado contra las infecciones.

El Neoferrum suministra el hierro en forma natural, tal como ocurre en los alimentos—hierro orgánico que, en combinación con manganeso y ácido arsenioso, es especialmente eficaz como regenerador de la sangre.

El Neoferrum no es astringente, es fácilmente asimilable, ligeramente laxante y agradable al paladar. Tiende a corregir la acidosis y no mancha ni perjudica la dentadura.

El Neoferrum se despacha solamente por receta facultativa. A solicitud se enviarán informes clínicos específicos y muestras. Sírvase del cupón.

THE MALTINE COMPANY, New York, U. S. A.

NEOFERRUM

DAVILA y VALLDEJULI NB
Apartado 1592, San Juan, P. R.

Sírvanse enviarme gratis un frasco de muestra del Neoferrum con literatura correspondiente.

Nombre .....

Dirección..... Ciudad .....



DRYCO

La Leche Más Segura y Nutritiva Para La

ALIMENTACION INFANTIL

De vacas seleccionadas entre las mejores razas.
Renombrado por todas partes del mundo entero por sus resultados
Y se prescribe mundialmente por los Pediatras—porque
Contiene todas las **VITAMINAS** de la mejor leche de vaca
Ofreciendo una leche insustituible para la lactancia artificial.

(DRYCO fué el único que en la Exposición Internacional del Centenario de Pasteur, celebrado en Estrasburgo (Francia) en 1923, obtuvo, entre todos los demás productos similares más importantes del mundo, la MEDALLA DE ORO y el GRAND PRIX.)

Para muestras y literatura diríjase a su Agente en Puerto Rico:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna No. 80—Apartado 433—Teléfono 281—San Juan, P. R.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endócrino de COLE No. 1.

Hemoglobina	5 grs.
Substancia esplénica desecada	1½ gr.
Fel bovis desecado	½ gr.
Glicerofosfato de calcio	1 gr.

Indicaciones: Anemia y mala nutrición. Se recomienda en aquellos casos en que se desee un tónico reconstituyente.

Dosis: De una a dos cápsulas tres veces al día después de las comidas.

Compuesto Endócrino de COLE No. 23.

Hemobin (hemoglobina predigerida)	2 gr.
Substancia pulmonar purificada	5 gr
Fel. bovis	⅛ gr.
Glicerofosfato de calcio	1 gr.

Indicaciones: Tuberculosis, Anemia.

Dosis: 1 cápsula 3 ó 4 veces al día después de las comidas.

COLE CHEMICAL COMPANY

ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**

Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.



¡Admirable invención el teléfono cuando no perturba el sueño!

SIN embargo, el descanso del médico es con frecuencia interrumpido por la llamada de un paciente torturado por el recrudecimiento de algún dolor. Tales emergencias pueden prevenirse prescribiendo una o dos tabletas de **PERALGA** para calmar el dolor y los nervios, y reducir la fiebre, si existe. **PERALGA** no es narcótico. * Es un analgésico de efecto rápido y eficaz que permitirá al enfermo descansar sosegadamente (y al médico también).

(*) *Es una combinación de amidopirina y ácido barbitúrico.*

PERALGA

Para calmar el DOLOR.

Solicítense muestras gratis a

SCHERING & GLATZ, INC., 113 W. 18th, St.,
New York City.

TABLETAS DE PANCREATINA

CON CAPA ENTÉRICA

PANTERIC*

PANTERIC COMPUESTAS†

PARKE - DAVIS

*Pancreatina de triple fuerza (tres veces la fuerza de la F.E.U.), 0.300 grm.

†Pancreatina de triple fuerza..0.26 grm.
Glicocolato de Sodio .....0.05 grm.
Taurocolato de Sodio .....0.05 grm.

*Utiles en la diabetes, colitis fermentativa, para individuos con peso subnormal y en lo general en casos a cuya mejoría contribuya la corrección de la digestión intestinal defectuosa.

†Utiles en casos que requieren, además de pancreatina, sales biliares, las cuales ayudan a asimilar las grasas y las proteínas y disminuyen la propensión a la putrefacción del contenido intestinal.

AMBAS SE SUMINISTRAN EN FRASCOS DE 50

LOS PELIGROS DEL INVIERNO



...de verdadero valor en el trat...
...infecciones respiratorias,
...y otros padecimientos
..., es el empleo

Numotizine

...aplicación externa no hay peligro de
...al estómago y su dolor se alivia
...donde ocurre el dolor, la inflamación
... NUMOTIZINE ofrece un medio

...de NUMOTIZINE demuestra que
...es un analgésico y antirreumático
...y literatura de:

NUMOTIZINE Inc.
...North Franklin Street,
CHICAGO, Ill.

ROBERT Y SANTINI Distribuidores
...Ponce de León,
San Juan, P. R.



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.



Año XXXII. Numero 144

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL
NOVIEMBRE 1931.

Apdo. Fernández Juncos Parada 19. Santurce Puerto Rico

Entered as second-class matter, January 21, 1913 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

SUMARIO

PAGINA

EDITORIALES 407

Dr. Salvador Vera Cuñado 410
Dr. V. Gutierrez Ortiz.

Intoxicaciones intestinales por ingestion de alimentos proteicos contaminados 414
Dr. O. Ojalá Mendez.

Obituario anunciado de cancion para cantar 427
Dr. J. M. Armaiz.

Presidente siguiente obliterante 428
Dr. Luis A. Passalacqua.

Fonoprotodinia y el lavado bronquial 431
Dr. J. H. Font.

Noticias Medico Sociales 437

Revista de Revistas 440

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

TIPOGRAFIA FERNANDEZ & CO., INC. SAN JUAN

EFFICIENT

in

Weak Solutions

AUTHORITATIVE tests show that of the silver in Protargol, more than 99 per cent is ionized—or active. In certain other organic compounds with far more silver, less than 1 per cent is active.

That is the reason why weak solutions of Protargol are so efficient, dependable and economical.

STRENGTH OF SOLUTIONS

Gonorrhea		Other Uses	
Acute cases	¼ to 1%	Gynecology	2 to 10%
Chronic cases	2 to 5%	Ophthalmology	2 to 10%
Prophylaxis	2%	Rhino-Laryngology	½ to 10%

PROTARGOL

Reg. U. S. Pat. Off.

Brand of STRONG SILVER PROTEIN
Silver Albumose.

A STANDARD REMEDY FOR GONORRHEA

HOW SUPPLIED—Protargol powder in 1 ounce bottles. **Protargol Granules** (for the rapid preparation of solutions) in 1 ounce bottles.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.

170 VARICK STREET — NEW YORK, N. Y

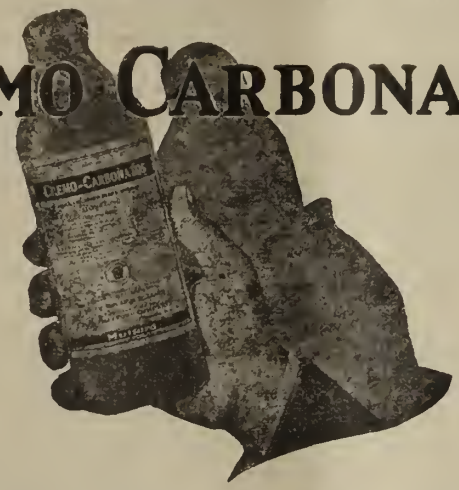
WINTHROP QUALITY HAS NO SUBSTITUTE

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO·

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.

CREMO CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A.

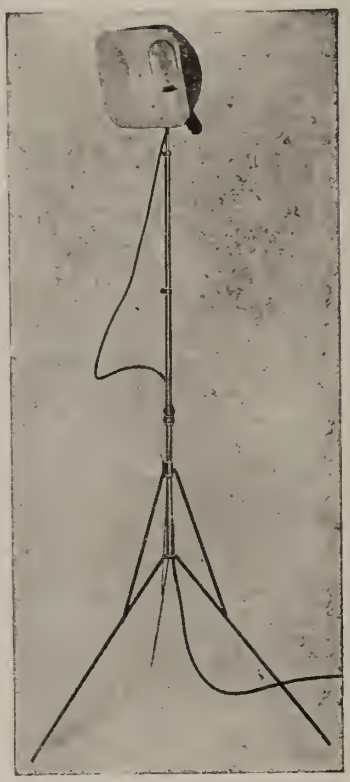
M14

EL NUEVO
KODALITE
MODELO B

PARA LA ILUMINACION ADECUADA DE LA FOTOGRAFIA CLINICA.

ESTE nuevo producto Eastman viene a satisfacer una de las mayores necesidades de la fotografía clínica: *la iluminación adecuada.* El Kodalite Modelo B proporciona luz amplia y uniforme de una bombilla de 500 vatios. La iluminación es suave, igual y difusa, sin necesidad del uso de un difusor, e ideal para tomar fotografías de cerca; la lámpara se puede hacer girar en cualquier dirección.

El pedestal es de tubos a la manera de telescopio, lo cual facilita notablemente el manejo del Kodalite. Se despacha con su cordón eléctrico y tapón de enchufe.



Suministramos a petición el libro "Los Rayos X en Medicina" cuya nueva edición se acaba de imprimir.

EASTMAN KODAK COMPANY

Rochester, N. Y., E. U. A.

Antes y después de la operación

En los preparativos preliminares a la operación  una cucharada de AGAROL  por la noche, en lugar de aceite de ricino  previene posibles perturbaciones gástricas. Dias después  cuando el paciente comienza a tomar alimento,  AGAROL, en medias dosis,  es el eliminador lógico porque estimula la peristalsis  sin dolor ni molestia.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

AGAROL, sin tener aromáticos, tiene buen sabor y es fácil de tomar. La dosis corriente en los casos de estreñimiento crónico es una cucharada la que va reduciéndose a medida que se nota mejoría.

Muestras gratuitas a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc. 113 W. 18th Street, NEW YORK, N. Y.. E. U. A.

El TRATAMIENTO INTRAVENOSO
de la Gonorrea con Glucosa y
MERCUROCROMO

(*Marca Registrada*)

REDEWILL, POTTER Y GARRISON de la Marina de los E.U. de A. (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dic. de 1929) demostraron en 2053 casos que la glucosa con Mercurocromo intravenosamente en *solución fresca* aumenta la propiedad bactericida del último y reduce su anafilaxia dos terceras partes, mientras mantiene una bacteriostasis sanguínea muy eficaz contra toda clase de infección génito-urinaria y estimula la formación de los anticuerpos específicos. Estos resultados concuerdan con los informes obtenidos de una infinidad de autoridades e investigadores de Europa, Norte y Sud América.

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o "MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.
Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____

LAS ULCERAS NO DOLOROSAS

cuando no son causadas por organismos patogénicos específicos, se trata generalmente de un asunto de circulación obstruida y mala nutrición.



La ANTIPHLOGISTINE, aplicada caliente, dilata los capilares, atrae más sangre hacia el área enferma, estimulando, consecuentemente, la circulación local, y proporcionando mejor nutrición de los tejidos, así como la aceleración de la absorción de exudados asimilables. El calor húmedo contínuo generado y *mantenido* por medio de este apósito plástico y analgésico no es irritante, y, en consecuencia, puede ser aplicado por una larga extensión de tiempo. sin que sobrevenga acción tóxica alguna.

La ANTIPHLOGISTINE, conteniendo 45% de glicerina químicamente pura, merece entera confianza como un agente antiséptico seguro, que ejerce una acción sedativa sobre los nervios cutáneos, promoviendo el metabolismo local, una marcada fagocitósis, incrementando el número de glóbulos rojos y estimulando la granulación.

Las observaciones de los clínicos confirman el hecho de que este procedimiento hace mucho para acortar el carácter crónico y el sufrimiento en estos casos, y que, unida al descanso y a la elevación de la parte afectada, la

Antiphlogistine

sirve para completar el ciclo del tratamiento eficaz en los casos de úlceras no dolorosas.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., 163 Varick St., New York, U. S. A.
Luis Garratón, P. O. Box 1541, San Juan.



—para Conservar *esta* Leche Fresca

SI LA leche que usted usa es KLIM, no necesita preocuparse si no tiene hielo. Debido a su empaque a prueba de aire, usted recibe KLIM en perfecta condición. Aún después de abierta la lata, la leche KLIM se conserva fresca sin necesidad de refrigeración.

KLIM es leche pura pulverizada. Producida en los mejores establos del mundo, donde las vacas son examinadas contra la tuberculosis y la leche es rígidamente inspeccionada. Por medio de un proceso patentado, se le extraen a la leche los siete octavos de agua que contiene. La parte sólida que queda es KLIM.

Abra una lata, agréguele el agua que le hace falta y usted obtendrá leche pura, fresca y alimenticia como el día en que ésta fue convertida en KLIM.

Use KLIM lo mismo que si fuera leche fresca líquida—para alimento de los niños, para cocinar o como una bebida.



DISTRIBUIDORES:

PLAZA PROVISION COMPANY

SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXIII. | NOVIEMBRE, 1931. | NUM. 194.

EDITORIAL

LA ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE GUAYAMA (*)

Al placer de recibirles a Ustedes en el pueblo en que he constituído mi hogar y en el que he venido ejerciendo nuestra honrosa profesión durante muchos años, tengo que agregar la satisfacción de que esta asamblea se celebre en esta casa, que si no reune las condiciones suntuarias que yo desearía que poseyera para mayor comodidad de ustedes, les ofrece, desde sus balcones, uno de los panoramas más pintorescos y originales de nuestra sierra. Sea la belleza que entra por los ojos y proporciona al alma sus más grandes emociones, el noble substituto de la comodidad muelle y del regalo material de que carece este recinto, del que se escribirá hoy la primera página de su historia por haberle honrado ustedes con su presencia.

En este ambiente de paz recoleta, donde el calor no puede alterar nuestro sistema nervioso, la oratoria de nuestros compañeros, será más persuasiva y convincente y nuestros órganos auditivos se hallarán mejor dispuestos a recibirla.

Durante el tiempo que los hombres que dirigimos la Sección de Guayama de nuestra asociación, hemos venido dedicándole nuestros más grandes entusiasmos siempre hallamos en el Presidente y en los demás miembros de nuestra Directiva central la cooperación y los sanos consejos que necesitamos para desarrollar plenamente nuestras actividades. Y es justo que hagamos constar aquí nuestro reconocimiento por la actitud de franca solidaridad que siempre observaron con nosotros esos estimables compañeros, ilustrándonos con sus conocimientos e iluminándonos con su experiencia en toda ocasión en que demandamos su auxilio.

Una de las actividades a que dedicamos nuestra más cuidadosa y perseverante atención fué a la adquisición de nuevos socios y a interesarlos en los asuntos capitales de nuestra sociedad. Nuestra propaganda se extendió continuamente

(*) Discurso leído por el Dr. J. H. Font, Presidente de la Asociación Médica del Distrito de Guayama en la reunión anual celebrada en Cayey el 25 de octubre de 1931.

por todos los pueblos del distrito de Guayama, acompañando el éxito siempre esas gestiones nuestras. Pero tenemos el sentimiento de manifestar ahora que solamente en el pueblo de Caguas nuestra propaganda no obtuvo el resultado que teníamos derecho a esperar: hay allí 6 médicos que no se han incorporado a nuestra asociación. Y este es el único problema cuya solución traspasamos a los compañeros que nos sucedan en la dirección de esta sección de Guayama, deseando que nuestros sucesores tengan mejor suerte que nosotros para mayor auge y prestigio de nuestra colectividad.

En relación con el acto que vamos a celebrar hoy, creo oportuno intercalar en la salutación que les dirijo a ustedes unos párrafos de un trabajo del Dr. Henry A. Christian, que contiene grandes enseñanzas:

"Las cosas en la Naturaleza rara vez son estáticas; aumentan o disminuyen; prosperan o decaen; progresan o retrogradan. La educación del hombre en muchos aspectos se asemeja a las cosas de la Naturaleza, raramente es estática. Cuando el saber no aumenta; casi siempre disminuye. Los médicos deben siempre recordarlo y poner su mayor empeño en conservarse fuera del estado estático y marchar hacia su mejoramiento y su progreso.

"Los médicos pueden dividirse en dos grandes grupos: aquellos que están aprendiendo constantemente y los que olvidan lo que aprendieron; aquellos que cada año saben más y los que cada año saben menos. Parece que no existe un tercer grupo: el de los estacionarios.

"Algunos médicos inteligentes que tienen conocimientos y saben hacer uso de ellos, se hacen grandes por sus propios esfuerzos y por su perseverancia en el estudio. Estos son los investigadores innatos. Los otros, que somos los más, necesitamos de ayuda para progresar: libros, asambleas, reuniones, contactos, discusiones y maestros forman nuestro armamentarium, imprescindible para el progreso. Al igual que el "tónico de primavera" de los tiempos pasados, todos nosotros necesitamos de alguna medicina, por lo menos anualmente. Pero mucho mejor si pudiéramos disfrutar de estas oportunidades con más frecuencia. Una buena mayoría de los médicos se da cuenta de esta necesidad y busca tratamiento adecuado para curarse del estado estático. Nuestras asambleas son un medio eficaz para el progreso médico". ....

Tal vez sea el médico el único profesional, el único obrero intelectual que posea una más clara, justa y exacta noción del tiempo. Nadie sabe, como nosotros, lo que vale un minuto bien y eficazmente aprovechado cuando la vida de un paciente pretende escaparse de nuestras manos. Por eso, yo no quiero malgastarlo, esperando aprovecharlo oyendo a los queridos compañeros que tienen ya sus temas asignados en la Sesión de este día.

Hoy debe elegirse también la nueva directiva de la Sección departamental de

Guayama. Y creo interpreatr rectamente el sentimiento de mis compañeros en la dirección de esta Sección al expresar a ustedes nuestro propósito de que debe renovarse totalmente el personal que la intégra.

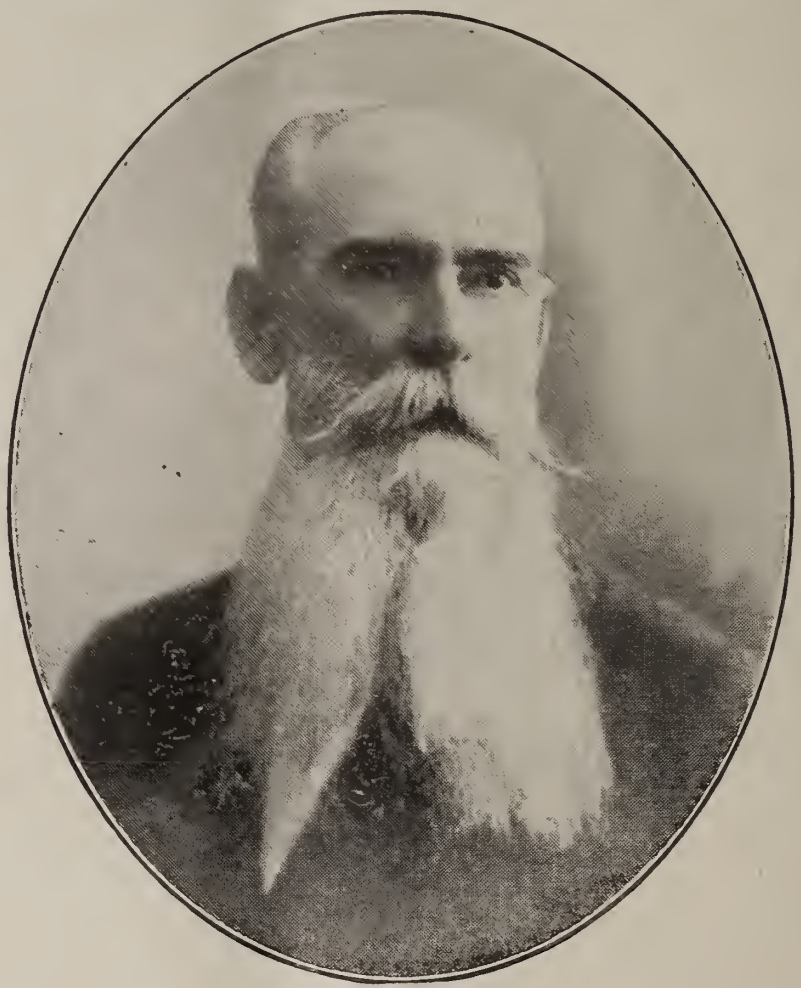
Recientemente se ha venido hablando en nuestro país de la necesidad bio-social de inyectar, de transfundir *sangre nueva*. en todos nuestros elementos socio-organológicos, de modo que toda la vida de nuestro país pueda discurrir por nuevos cauces, renovada y caudalosa. Y nosotros tenemos que incorporarnos a este nuevo ideario, que reclama nuevos nódulos y nuevos hombres para asegurar la supervivencia de la sociedad en el devenir de la luchas próximas por el bienestar y el progreso de la humanidad.

Extirpemos el continuismo, como una enfermedad político social y demos acceso a nuevos hombres en la dirección de la sección departamental de Guayama, que ya nosotros la hemos dirigido por bastante tiempo, y es justo que se nos releve.

Conste que me refiero exclusivamente ahora a la Sección de Guayama, porque, en cuanto a la dirección general de la Asociación, se extravasan de los compañeros que la dirigen la *sangre nueva,* el espíritu moderno y el dinamismo necesario para conducirla a triunfos mayores que los alcanzados hasta ahora.

J. H. F.

Dr. Santiago Veve Calzada



Nació el 17 *de junio de* 1858.
Murió el 18 *de octubre de* 1931

Nació este ilustre portorriqueño en Fajardo el 17 de junio de 1858. Fueron sus progenitores don Adolfo Veve Ferau y doña Carmen Calzada Martínez.

Después de curzar la enseñanza primaria en Puerto Rico se trasladó a la Universidad de Barcelona y comenzó sus estudios para la carrera de ingeniero civil. Habiendo contraído una seria enfermedad regresó a su país natal y pasado un año, las cariñosas atenciones de sus familiares y las brisas riqueñas le

devolvieron la salud perdida. Este año lo pasó en la hacienda Tolonesa de Ceiba, en donde, por aquella época, ejercía como médico titular su hermano mayor, el Dr. Miguel Veve Calzada. Nuestro biografiado regresó de nuevo a Barcelona y en vez de continuar los estudios de ingeniería se matriculó en la facultad de medicina en el año 1880, terminando su carrera con toda brillantez cinco años más tarde.

Empieza a ejercer la carrera desempeñando la plaza de médico titular de Fajardo y Ceiba, compartiendo la ruda tarea de la profesión con otro compañero meritísimo, el Dr. Esteban López. Más tarde desempeñó la plaza de médico de puerto de Fajardo y Naguabo. En ésta época los hijos de Puerto Rico que defendían ideas políticas liberales no podían soportar el poder reaccionario de aquellos tiempos. El Dr. Veve se vió obligado a renunciar al desempeño de todo cargo público dentro de su profesión, después de haber sido condecorado con la cruz de Isabel la Católica de beneficencia, con motivo de sus notables servicios durante una epidemia de fiebre amarilla.

Allá por el año 1893, pero sí llevando en su alma hondas amarguras, resolvió marcharse al campo, trocando la noble clámide del profesional íntegro, por la no menos honrosa del agricultor generoso y bueno. Cuando la fortuna le fué propicia, esto le sirvió para hacer el bien a manos llenas, libre su espíritu de aquellas inquietudes que perturban la mente de los hombres egoístas.

Profesionalmente, el Dr. Veve Calzada se reveló como un clínico profundamente observador, profundamente consciente de la responsabilidad que apareja el ejercicio de la profesión cuando ésta se practica noble y generosamente, de acuerdo con los postulados de la ética y del amor a sus semejantes. Así lo vemos en aquella época en que la cirugía, podía decirse que estaba en pañales, realizar una notable operación quirúrgica, extirpando una enorme sarcoma del maxilar superior izquierdo, ayudado por el conspicuo profesional de grata memoria, Dr. Ricardo Hernández. Así lo vemos también practicar una operación a su compañero el Dr. González, de Juncos, y operar de cataratas a dos hermanos residentes en una isla vecina a la de Vieques.

Entre la serie de triunfos notables que como médico registramos en la vida del Dr. Veve, hay uno., que por sí solo, basta para definir la figura apostólica de este gran puertorriqueño. Una pobre mujer próxima a ser madre, se revuelve en el lecho del dolor porque su naturaleza física no le permite terminar un parto natural por deformidad en la vía pelviana. Es llamado nuestro biografiado para prestar asistencia en este caso y decidido que había de practicar la operación cesárea, para salvar la vida del infante, toda vez que la de la madre era imposible salvarla, se resuelve valeroso y abnegado a abrir el vientre de la madre moribunda, travendo con toda felicidad a la luz de la vida, a un tierno infante que sin la intervención oportuna y sabia del doctor, hubiera perecido al morir la que le había llevado en su claustro materno. El Dr. Veve hubiera terminado así sabiamente su misión profesional, pero el Dr. Veve no hizo caso. Surge aquí la personalidad altruista, inmensamente

altruista y humana de este compañero. Deja caer como bálsamo consolador en los oídos de la moribunda una promesa que luego animosamente cumple. "Buena mujer", le dice, "si has de morir, muere tranquila; no torture tu espíritu afligido la idea del porvenir incierto de este fruto de tus amores al que me propongo sacar con vida de tus entrañas. No te preocupes por el porvenir de tu hijo; yo velaré por él, él será mi hijo adoptivo". Sería necesaria la dulzura y grandeza del "Cantar de los Cantares" para ensalzar obra tan meritoria.

Grande el espíritu de Dios sobre la superficie de las aguas en los instantes del Génesis, en que el "fiat lux" pone al Caos en franca derrota y las ondas recogen para trasmitir hasta el infinito en vibraciones misteriosas los primeros aleteos de la vida y del amor; grande Jesús expirando en los brazos de la cruz por redimir al hombre de sus culpas; ¡grande también el Dr. Veve Calzada haciendo un juramento junto al lecho de una madre moribunda, juramento que es todo un poema de amor, para cuya expresión no encuentro vocablos adecuados en el léxico. Dios al recibir en su santa misericordia el alma del ilustre fenecido, le habrá sentado en su trono, a su derecha, asegurándole la bienaventuranza eterna, ya que acá en la tierra, por una cruel ironía del destino, cuando aquel non-nato prohijado por él, a quien encaminó por el sendero de la vida cual si fuera su propio hijo, hueso de sus huesos y carne de sus carnes, cuando iba a terminar su carrera y precisamente cuando el Dr. Veve se trasladaba a los Estados Unidos para festejar su graduación, el destino implacable e injusto arrebató la vida del joven graduando, Cesáreo Veve, pereciendo ahogado mientras se bañaba en un lago, llenando así de desconsuelo y amargura el corazón de aquel buen padre.

El Dr. Veve Calzada abandona la carrera de medicina y se convierte en un modesto agricultor. Empieza por habitar en una humilde choza techada de paja, rodeado de humildes jornaleros que habitaban casitas iguales a la de él. La fortuna le fué propicia y siempre haciendo el bien sin regateo se convirtió en un rico hacendado. Levanta más tarde en el mismo solar donde estuvo radicada su humilde choza campesina, la hermosa y confortable residencia en la que, apenas hace un año, recibió y festejó, con la alegría de un cariñoso abuelo que reuniese a sus hijos y a los hijos de sus hijos, a sus compañeros de profesión, con motivo de una asamblea médica que había de celebrarse en Fajardo. Los que tuvieron el privilegio de asistir a esta fiesta, no podrán olvidar su gentileza y como asistido por su digna esposa, se desvivió por atender a todos sus huéspedes en aquel memorable día.

El Dr. Veve, a quien la naturaleza le negó el privilegio de tener descendencia directa, tenía sin embargo, numerosos hijos espirituales que hoy lloran su muerte como la llora seguramente el pueblo de Puerto Rico, conocedor de las nobles ejecutorias de su vida.

Costeó la carrera de su sobrino Don Juan Veve, meritísimo compañero que ejerce la profesión en Fajardo. Ayudó a la educación de unos cuantos jóvenes portorriqueños. Don Teodoro Aguilar y

Mora, educacionalista bien conocido en el país y hombre de un probado altruismo, en su noble afán de proporcionar medios con que hacer sus estudios universitarios a unos cuantos jóvenes portorriqueños, llamó más de una vez a la filantropía y generosidad del Dr. Veve Calzada, obteniendo siempre su concurso.

Al construirse el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico fué requerido el concurso económico del Dr. Veve, cuyo concurso llegó amplia y oportunamente. El Dr. Veve ya enfermo, hizo un esfuerzo supremo y asistió a la colocación de la primera piedra. Como un homenaje a su memoria y a su bien probado amor por esta institución, su retrato será colocado en el salón de sesiones de la Asociación Médica.

El Departamento de Instrucción de Puerto Rico no olvidará nunca el afán y el cariño con que el Dr. Veve se ocupó de los intereses culturales de la Isla. Costeó el equipo completo de la "High School" de Fajardo, que ostenta en su frontispicio su nombre glorioso y querido para emulación de las generaciones futuras. Hizo nuestro compañero en este caso un desembolso de no menos de $25,000 En Ceiba hay una escuela costeada por el Dr. Veve que lleva el nombre de su señor padre. El hospital de tuberculosos de Juncos, fué equipado también por él, de todo mobiliario necesario. Sería hacer demasiado extensas estas notas biográficas si trajéramos al papel, en detalle, la obra de filantropía realizada por por el Dr. Veve. Así, siendo parcos, estamos más a tono con aquella invariable modestia que era una tan simpática nota en su carácter y que hacían tan atrayente su personalidad.

En política, ya dijimos al principio, que en toda su vida fué un hombre de ideas liberales, y en este terreno no toleraba restricciones ni imposiciones de nadie. Debe batirse y se bate a pistola con don Vicente Balbás. Más tarde cuando la escuadra americana bloqueaba la isla, se siente gozoso y alegre pensando que la bandera de los hijos del Tío Sam, al flotar en nuestros castillos y en nuestras almenas, garantizaba la felicidad económica y política del pueblo de Puerto Rico. Desde la invasión americana hasta la fecha, figuró con destacado relieve en el partido republicano que le tenía como su más distinguido consejero, económicamente como su más decidido sostenedor y como uno de sus más elocuentes y conceptuosos oradores.

El Dr. Veve casó en primeras nupcias con doña Carolina García y en segundas nupcias con doña Marta Lafont.

Tal es la vida de este ilustre puertorriqueño que acaba de dejarnos. Ella, llena de heroismos, de generosidades, de altruismos, de grandeza, se ofrece a nuestro pueblo de Puerto Rico como un campo todo florecido en que los sentidos, en festín de colores y perfumes, se deleitarán en éxtasis sublime y definitivo, dada su pompa y su grandeza.

Por eso el buen pueblo de Puerto Rico envió sus representaciones de todas partes; por eso el pueblo de Fajardo acompañó con toda unción sus despojos mortales y la tierra se abrió amorosa para recibirle en su seno, mientras el Dios de las alturas abría de par en par, inundadas de luz, las puertas del cielo.

Víctor Gutiérrez Ortiz.

INFECCIONES INTESTINALES POR INGESTION DE ALIMENTOS PROTEICOS CONTAMINADOS (*)

O. COSTA MANDRY.

Los envenenamientos o trastornos gastrointestinales causados por substancias alimenticias son un tema ya gastado; en ocasiones anteriores hemos hablado ante algunas Asociaciones de Distrito sobre esta misma materia; pero, dada la gran frecuencia de las infecciones intestinales causadas por bacterias o sus productos que llegan al tubo digestivo con los alimentos, y, por otra parte, el auge e importancia que estos trastornos tienen en nuestra patología regional, hemos creído oportuno volver a disertar sobre este tópico de grandísimo y renovado interés en la medicina preventiva contemporánea.

A causa de la baja mortalidad y de la relativa benignidad en muchas ocasiones, gran número de estos estados patológicos pasan desapercibidos, y de los más graves, no tenemos en el Departamento de Sanidad noticia alguna. Casi únicamente por la prensa diaria venimos en conocimiento de ellos.

En Puerto Rico estos procesos patológicos no son de notificación obligatoria, pero ya ocho Estados Americanos (Georgia, Illinois, Kansas, Maryland, Missouri, Montana, New México y Ohio) comprendiendo la importancia de estos casos morbológicos hacen compulsivo su informe a las correspondientes autoridades sanitarias.

Los numerosos artículos alimenticios preparados para la venta y consumo de una manera antihigiénica, poco escrupulosa, y sin observar la más mínima noción sanitaria en su confección, son indudablemente un factor determinante en la contaminación de éstos y en la producción de trastornos gastrointestinales. Recordemos no más, la enorme variedad y cantidad de morcillas, longanizas, frituras de carne, tanto de res como de cerdo y pescado, que se guardan de un día para otro, y que se expenden al aire libre.

No vamos a entrar en el detallado estudio de cada especialidad culinaria y plato popular en relación con los trastornos que provoca. Esto sería interminable y la escasez del tiempo nos lo veda. Nos limitaremos a considerar los trastornos gastrointestinales que tienen por causa la ingestión de substancias albuminóideas a la luz de los modernos conocimientos sobre esta materia.

Las substancias protéicas usadas por el hombre como alimento, pueden ser la causa de trastornos gastro-intestinales o sistémicos de diversas formas, las cuales enumeraremos, deteniéndonos especialmente en aquellas condiciones patológicas causadas por bacterias patógenas o por sus productos derivados, pues son estas condiciones, sin duda alguna, las más importantes y numerosas.

La idea antigua de que estos trastornos eran causados por *"ptomaínas"* va en decadencia. No hace mucho se consideraba suficiente explicación para este grupo de condiciones el llamarles intoxicaciones

(*) Conferencia leída en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Arecibo celebrada en Vega Baja el 4 de Octubre de 1931.

Del Departamento de Sanidad Insular de Puerto Rico.

ptomaínicas. Se creía que el origen de estas *"Ptomaínas"* era debido a ciertos productos derivados de las materias protéicas. Hoy día sabemos que las ptomaínas son ciertos compuestos alcaloides básicos que se producen como resultado de las etapas finales en la desintegración y descomposición de las proteínas. Esta descomposición sobreviene por la acción proteolítica de ciertas bacterias sobre los productos protéicos. Sabemos que estas ptomaínas no se producen hasta que los cambios de descomposición en el alimento son tan marcados que se hacen sensibles a la vista y al olfato, de tal manera que es casi imposible que una persona en su sano juicio y con la integridad de sus sentidos pueda usar de tales alimentos en ese estado avanzado de descomposición. Tal vez la razón principal que ha hecho desechar por completo la teoría de las ptomaínas como causa de trastornos gastrointestinales producidos por substancias alimenticias, es sin lugar a duda el haberse descubierto en múltiples ocasiones que las llamadas intoxicaciones ptomaínicas de tiempos antiguos no eran sino infecciones bacterianas directas; o indirectas, producidas por la presencia de productos de bacterias patógenas en el alimento. En último análisis, siempre la bacteria es la responsable.

En un artículo especial del Journal de la Asociación Médica Americana, en que se estudian 425 brotes epidémicos en los Estados Unidos durante un período de tres años, se practicaron 43 autopsias entre las 145 muertes cuya causa se atribuía al envenenamiento por ptomaínas. En cada una de las 43 autopsias hubo que modificar la causa de muerte. La causa originaria no fué la intoxicación sino algunos procesos morbosos definidos tales como la peritonitis, la malaria, la apendicitis, la miocarditis, la difteria, la hemiplegia, la tuberculosis, etc.

Las substancias protéicas pueden ser la causa de enfermedades gastrointestinales conteniendo "per se" el elemento nocivo, o actuando como portador del agente causal, habiéndolo adquirido de diversas formas. Entre las formas más corrientes de causas de trastornos gastrointestinales por ingestión de alimentos protéicos tenemos las siguientes:

1.—Fenómenos alérgicos o idiosincracias producidos por sensibilización protéica en individuos hipersensibles. Estos fenómenos alérgicos se producen con frecuencia con la mera ingestión de pequeñas cantidades de alimentos protéicos tales como el pescado y las carnes. A veces la hipersensibilización en un sujeto es tan exquisita que no se produce sino por una clase especial de carne de un determinado animal, por una variedad de pescado y no por otra.

2.—El alimento puede ser el medio trasmisor de parásitos: la triquina, el dibothriocephalus latus, la solitaria, etc., que llegan al canal digestivo sirviéndoles los alimentos de vehículo y de allí emigran al sitio donde dan lugar a los trastornos característicos de la enfermedad específica que ellos producen.

3.—Pueden las substancias alimenticias contener productos venenosos naturales en ellas o añadidos accidentalmente. Así tenemos el caso, de cierto número de peces que habitan especialmente las aguas orientales del Japón y las Filipinas que contienen venenos activos que causan la muerte al que ingiere dicho pez. En las Antillas y la América Central y del Sur, se le llama *Ciguatera* a cierta enfermedad que se cree producida por la ingestión de pescado envenenado. En las Islas Vírgenes se informaron del

1918 al 1921 setenta y cinco casos de envenenamientos por pescado, varios de los cuales fueron producidos por "la sierra" (*King fish*), algunos por la "picúa" (*barracuda*), y la mayoría por la "cojinúa" (variedad "*yellow jack*" del "*carang*").

Esta última variedad de pez, dice Walker, no es venenosa cuando proviene de aguas de Puerto Rico. Con respecto a las variedades de peces venenosos en aguas de Puerto Rico no tenemos conocimientos exactos; hay mucho que hacer y estudiar a este respecto. Se dice por algunos que los hay venenosos y otros creen que ciertas especies inofensivas se convierten en venenosas durante determinadas épocas del año. Esto sinembargo son meras sospechas y conjeturas que no han sido probadas científicamente. También tenemos los casos de "milksickness" en los cuales la leche contiene ciertos productos tóxicos que dan lugar cuando se la ingiere (esto ocurre también con la carne de estos animales) a una enfermedad caracterizada por náusea, vómitos incontrolables, estreñimiento, dolor abdominal y dolor y temblor en los músculos. Estos casos son debidos a que el animal come ciertas plantas sinantéreas venenosas (*Eupatorium urticaefolium*) cuyo veneno, un glucósido, se encuentra en la leche y en los tejidos del cuerpo del animal. No tenemos conocimiento de que dichas plantas existan en la isla ni que tampoco hayan ocurrido casos de esta naturaleza. También tenemos las casos accidentales o intencionales en que se añade al alimento substancias venenosas como las sales de ciertos metales, alcaloides, o ciertos cáusticos.

4.—La presencia de bacterias patógenas o sus productos, en la ingesta, dan lugar algunas veces a síntomas gastrointestinales. Este grupo podemos dividirlo en las infecciones bacterianas, o sea: primero, aquellos casos atribuibles directamente a la presencia de bacterias patógenas en el alimento, y segundo, intoxicaciones, o sea: los imputables a la presencia de substancias tóxicas derivadas del bacilo invasor y que son las que dan lugar a los síntomas.

Pasemos ahora a considerar las distintas formas en que los alimentos protéicos pueden contaminarse por bacterias patógenas; el mecanismo de la contaminación, y la sintomatología del proceso patológico. Es un hecho conocido de hace mucho tiempo que una gran mayoría de las enfermedades por substancias alimenticias son causadas por las carnes hasta el extremo de que a este gran número de procesos patógenos se les ha dado por muchos el nombre de envenenamientos por carnes. El alimento puede estar contaminado por provenir de un animal infectado, esto es, de un animal que sufra de una enfermedad específica. La otra forma en que puede contaminarse el alimento es por contacto directo o indirecto con el agente causal, bien sea el agente intermediario un portador humano o un animal atacado del morbo. La contaminación indirecta puede provenir de substancias (excretas, tejidos o humores) del cuerpo humano o animal, o por medio de vermes o de las manos del que está en contacto con los animales. En el estado actual de la medicina preventiva conocemos algunas formas de controlar las enfermedades y recurrimos a medios muy variados para exterminar aquellos vermes o animales que son agentes trasmisores de un gran número de entidades morbosas. En las campañas que se llevan a cabo contra la exterminación de las ratas se utilizan ciertos polvos o virus raticidas que se preparan a base de bacterias vivas

pertenecienets al grupo "Salmonella" que es el grupo causante de la mayor parte de estas infecciones gastrointestinales. Numerosas epidemias de trastornos gastrointestinales agudos han sido imputadas directamente a la contaminación con éstos virus raticidas usados indiscretamente en campañas antiratíferas.

INFECCIONES ALIMENTICIAS

En este grupo vamos a considerar preferentemente las verdaderas infecciones causadas por organismos del grupo Salmonella, y por otras bacterias de otros grupos (B proteus, ciertas variedades del Colibacilo y otras bacterias que todavía no han sido aceptadas definitivamente.) Solamente vamos a mencionar de paso un número de enfermedades sistémicas que pueden trasmitirse a través de los alimentos protéicos: tales son por ejemplo, la tuberculosis, la fiebre undulatoria, la escarlatina, la difteria, las infecciones agudas de las partes altas del sistema respiratorio (*septic sore throat*), la tularemia, la fiebre tifoidea, la disentería bacilar, el cólera, y un gran número de procesos específicos por el estilo. Las verdaderas infecciones intestinales, las que más nos importan en este trabajo, son aquellas producidas por bacterias pertenecientes al grupo Salmonella (más frecuentemente conocido con el nombre vulgar de grupo paratífico). Del grupo Salmonella incluímos las siguientes como principales causantes de infecciones gastrointestinales en el hombre:

1—*S. Paratyphi* (*Bacilo paratífico A*).
2—*S. Schottmulleri* (*Bacilo paratífico B*)
3—*S. Aertrycke.*
4—*S. Enteritidis.*
5—*S. Cholera suis.*

El Salmonella paratífico (Paratífico A), y el Salmonella Schottmulleri (paratífico B), son principalmente patógenos humanos y raras veces se encuentran asociados con procesos patológicos en animales. Estos organismos producen en el hombre una infección sistémica parecida a la fiebre tifoidea, aunque de menos gravedad y duración. Cuando producen dicha infección a través de alimentos los organismos se trasmiten al alimento infectado por medio del contacto con convalescientes o portadores humanos de la enfermedad, en igual forma que en casos similares de fiebre tifoidea.

Los organismos que más comunmente producen verdaderas infecciones intestinales por substancias alimenticias son: el *Salmonella aertrycke,* el *enteritidis* y el *cholera-suis.* El primero de éstos es el agente causal más común en las infecciones por substancias alimenticias. Estos tres organismos son originalmente patógenos para animales y se encuentran como habitantes normales del canal intestinal y de los órganos de animales, principalmente los roedores. El uso de carnes que proviene de animales infectados o carnes que han estado en contacto directo con el morbo, produce síntomas gastrointestinales típicos de estos procesos patológicos. El diagnóstico correcto de estos casos exige un estudio bacteriológico completo, aislando el organismo supuesto contaminador del alimento, y responsable de los síntomas observados. Este es un procedimiento tedioso y largo que requiere conocimientos especiales en bacteriología.

SINTOMATOLOGIA.

La acción de estos organismos o sus productos, cualquiera que sea su naturaleza, es local, y los síntomas varían en

intensidad de acuerdo con la gravedad del caso. La mayor parte de las veces el ataque comienza de cuatro a veinticuatro horas después de ingerido el alimento. En muchos casos agudos los síntomas aparecen a la media hora. La enfermedad dura por lo general de tres a siete días, seguidos de franca convalescencia. El principio del proceso patológico es casi siempre agudo; algunas veces con dolor de cabeza y otras con fríos o escalofríos. Náuseas, vómitos, por lo general de alimentos sin digerir. El dolor abdominal se nota enseguida; es intenso y generalizado sobre todo el vientre. La diarrea es frecuente; las deyecciones suelen ser líquidas o semilíquidas, fétidas, y no es raro que contengan sangre o mucosidad. Hay una debilidad general, seguida de postración, pulso rápido y sed intensa, dependiendo todo ello del grado de intoxicación. Con frecuencia aparecen calambres, dolores musculares y dolores en las articulaciones, espalda y región lumbar. En la mayor parte de los casos se nota fiebre la cual no es excesiva fluctuando entre 38 y 39 grados Centigrados. La mortalidad en estas infecciones es baja, el número de casos fatales se calcula en 1% solamente. Para un diagnóstico seguro debe aislarse el organismo causante del alimento o de las deyecciones de varios de los pacientes atacados del mal. Cuando es posible conseguir el alimento sospechoso causante, debe inyectarse éste a animales y dársele a comer en cuyo caso se reproducirán síntomas del proceso en litigio.

El segundo grupo de envenenamientos en que los síntomas son causados por toxinas o productos tóxicos desarrollados en los alimentos se limita al estudio de la presencia de la toxina del bacilo botulinus o la presencia de toxinas de otras bacterias.

La sintomatología del botulismo o alliantiasis es completamente distinta a la de las infecciones: la mortalidad es mayor, calculándose de 60 a 70%, y la convalescencia cuando ocurre es muy tediosa y tardía. En estos casos los síntomas son producidos por la acción directa de una toxina exógena muy potente la cual se absorve a través de la mucosa gastrointestinal y va al sistema nervioso dando lugar a los síntomas característicos. Una millonésima parte de un gramo de esta toxina es suficiente para matar en tres días a un conejillo de Indias que pesa 250 gramos. En los casos de botulismo por lo general el primer síntoma que se observa es una indisposición general del paciente con cansancio, dolor de cabeza y mareos. Los vómitos por lo general son raros, y otros síntomas gastrointestinales comunes en las infecciones son raros en estos estados. El estreñimiento es casi constante, al igual que los trastornos visuales debidos a inhibición de los músculos intrínsicos y extrínsicos del ojo. La toxina afecta el tercer nervio craneal dando lugar a dilatación de las pupilas, diplopia y ausencia del reflejo a la luz. Hay pérdida completa de acomodación de la pupila, a veces nictagmus, estrabismo, fotofobia y vértigo. Obsérvase a menudo en los pacientes dificultad en la deglución y trastornos del lenguaje, contracciones de los músculos de la garganta, aliento fétido y tos. La ideación casi siempre se conserva clara. La fiebre es poco común, pero el pulso es muy rápido, constituyendo este síntoma un punto importante en el diagnóstico diferencial. Los esfínteres no se afectan. La muerte cuando ocurre es ocasionada por la parálisis de los múscu-

los respiratorios o del corazón. Para el diagnóstico final, concluyente, es indispensable aislar del alimento ofensivo el organismo causal, o producir, mediante la inoculación o alimento del producto nocivo a un animal suceptible síntomas característicos o la muerte del animal. Estos casos son producidos generalmente por substancias contaminadas con el bacilo botulinus y comunmente, por la ingestión de embutidos, (salchichas, morcillas, longanizas, etc.) y productos enlatados contaminados. Se ha demostrado que la distribución del bacillus botulinus en la naturaleza es extensa; que se encuentra presente en el suelo de muchos paises del mundo, en la excreta de animales y humanos y que es mucho más abundante que lo que generalmente se creía.

En el segundo grupo de organismos cuyos productos tóxicos dan lugar a trastornos gastrointestinales se encuentra en primer término el estafilococo. Hace años Barber estudió un número de intoxicaciones producidas por la toxina de un estafilococo blanco aislado de la ubre de una vaca y trasmitido por medio de la leche.

Ultimamente Jordan ha demostrado que el estafilococo produce una toxina que da lugar a síntomas gastrointestinales parecidos a aquellos descritos ya, como infecciones alimenticias. En casos que le referimos de Puerto Rico, queso procedente de Yauco, Humacao y Arecibo que produjo síntomas gastrointestinales en un gran número de individuos, demostró el Dr. Jordán la presencia de un estafilococo cuya toxina daba lugar a trastornos gastrointestinales.

EPIDEMIOLOGIA.

La experiencia extensa de los diferentes autores interesados en este gran grupo de procesos patógenos nos ha demostrado que en un gran número de alimentos, en que la pesquisa epidemiológica suponía causantes de estos trastornos, no ha podido aislarse organismo alguno, ni producto tóxico que pueda con rigor científico culparse como causante de los mismos. Son muy numerosos en la literatura médica los casos éstos a que hacemos referencia. También debemos mencionar cierto número de trastornos gastrointestinales que ocurren como consecuencia de la ingestión de substancias protéicas, pero cuyos síntomas son tan leves que pasan desapercibidos por la rapidez con que se desvanecen y por la poca atención que el paciente les presta, no ocupándose siquiera de llamar a un facultativo para atenderlos.

La epidemiología de las infecciones o intoxicaciones alimenticias es en extremo interesante. Están estos procesos patológicos incluídos entre aquellos en que, con muy raras excepciones, un estudio epidemiológico completo por persona competente, lleva a uno directamente y casi sin lugar a error a determinar el alimento culpable. El mecanismo de infección es algo complicado, pues el alimento se contamina por muy variados modos, partiendo de diversas fuentes, y llegando al canal gastrointestinal en el momento de la comida. Muchos de estos casos, como ya hemos mencionado se suponen causados por la presencia de substancias tóxicas elaboradas por las bacterias; de un gran número de ellos no sabemos con certeza el verdadero mecanismo infectivo pues los experimentos llevados a cabo hasta el presente no han demostrado con certeza su exacto modo de actuar. En lo que se refiere a Puerto Rico, hemos demostrado ya con anterioridad, la presencia de brotes epidémicos de infecciones

por substancias alimenticias, en los que un bacilo del grupo Salmonella era el único causante.

En el 1928 presentamos los resultados de un estudio bacteriológico y epidemiológico de tres brotes epidémicos de infecciones por substancias alimenticias ocurridos en la ciudad de San Juan; entre ellos uno debido a pescado procedente de Fajardo y contaminado con el "*bacillus Enteritidis.*" En todos los casos estudiados aislamos un organismo perteneciente al grupo Salmonella; en dos de ellos, de la excreta de los afectados y en el otro, del alimento ingerido.

Llamábamos la atención, en aquella época, hacia el hecho de que la etiología, sintomatología, y epidemiología de las intecciones intestinales, causadas por este grupo de organismos, seguía en Puerto Rico, más o menos, las mismas leyes que se observaban en otros países; esto es: que, en estas regiones tropicales, estos trastornos tienen las mismas características sintomáticas que en el resto del mundo. Como dije antes, Jordan, de Chicago, demostró la presencia de un estafilococo aislado de varias muestras de queso cuya toxina dió lugar a diversas formas agudas patológicas de tipo gastrointestinal en las jurisdicciones de Yauco, Humacao y Arecibo.

No se ha comprobado científicamente la presencia de ningún caso de Botulismo en Puerto Rico. No vemos, sin embargo, razón alguna por la cual estos casos no puedan ocurrir en esta isla, máxime cuando condiciones óptimas para el desarrollo de toda clase de microorganismos se ofrecen por doquier; pues como es sabido, el expendio público, tal y como se hace en nuestro país, de variados y suculentos artículos alimenticios (morcillas, butifarras, longanizas, chicharrones, pescado frito, etc.), preparados en fogones al aire libre y expuestos en bateas, poco resguardadas del polvo y de las moscas, en ventorrillos y restaurantes populares, satisfacen las rudimentarias necesidades gastronómicas de una población hambrienta que al comer puede quizás ingerir un cultivo virulento de los microorganismos de que hemos hablado antes.

La apariencia de los alimentos protéicos que actúan como medios trasmisores en los casos de infecciones bacterianas al igual que en los casos de intoxicaciones debido a la presencia de toxinas generadas por bacterias, es normal; esto es: no se nota en el alimento mal olor, ni color insólito, ni gusto extraño. Las infecciones bacterianas como las intoxicaciones producidas por los alimentos ocurren en todas las épocas del año, pero es la opinión de muchos investigadores, que son un poco más frecuentes en la época del calor, durante el verano. Las explicaciones de este hecho serían: que en esta época la temperatura alta favorezca el crecimiento y rápida multiplicación de estos organismos y que en tal caso la dosis de bacterias o toxinas ingeridas sea mucho mayor; que el canal digestivo del hombre durante la estación estival es más susceptible a la acción de estas bacterias o sus productos, o en fin, que el género de vida que se practica en la estación calurosa (vida al aire libre—out-doors-life—exposición a los cambios bruscos de humedad y viento, etc.) ofrece más oportunidades para la contaminación directa de los alimentos con bacterias. Este grupo de entidades morbosas no escoge edades, sexo o raza y aunque a veces la ocurrencia de casos se dan en toda una familia, esto es debido directamente al alimento común de todos los comensales, como ocurre

también en banquetes y fiestas donde un gran número de personas se dedican a los placeres culinarios. La enfermedad es también frecuente en asilos, hospitales, campamentos e instituciones.

Los procesos patológicos causados por substancias protéicas, esto es, aquellos causados principalmente por el consumo de carnes y pescado se conocen en Puerto Rico desde hace tiempo.

Del "PRONTUARIO DE DISPOSICIONES OFICIALES" de la Isla de Puerto Rico copiamos varios capítulos referentes a cangrejos o jueyes descritos por los doctores José Antonio Tirado y José Vargas, allá por el año 1824 cuando ejecutaban de orden del Capitán General de la isla una investigación referente a varios casos de envenenamientos ocurridos en Peñuelas y Juana Díaz debido a la ingestión de jueyes:

"....El cangrejo de que tanto uso hacen en esta isla y en otras Antillas, como artículo alimenticio, es un género (Gecarcinus u Ocypoda) de la clase de los animales crustáceos conocido vulgarmente con el nombre de cangrejos de tierra y en las Colonias Francesas con el de Tourlouron. Este animal habita siempre los lugares inundados como las bocas de los ríos y las costas del mar. Allí siempre se halla entre los mangles y manzanillos, o a poca distancia de ellos, árboles que crecen en los mismos terrenos inundados. Yo no dudo que el envenenamiento actual de los jueyes en Juana Díaz, ha sido por la fruta del manzanillo...

...El gran Cubier sin duda el primer naturalista de Europa y una autoridad incontestable en Zoología, asegura en su excelente obra del reino animal, que su carne es muy estimada en las Antillas, pero que ésta suele estar a veces envenenada, debido esto al fruto del manzanillo. (Hippomane mancinella de Linces) Así vemos que este animal, primero suele a veces estar envenenado, segundo, que lo está con el fruto del manzanillo, bien sea comiéndolo, como otros vegetales particularmente en tiempo de seca, en que la penuria de insectos acuáticos es muy grande o bien nutriéndose de éstos últimos alimentados con los manzanillos."

"....Todos conocen la vehemencia del veneno de casi todas las partes del árbol manzanillo y el célebre Orfila en su incomparable tratado de los venenos lo coloca entre los narcóticos acres que obran inflamando el estómago y tubo intestinal. También se sabe que el pescado llamado en esta Isla aciguatado por haberse alimentado con el manzanillo, envenena a los hombres que lo comen obrando en los órganos susodichos y produciendo diarrea, vómitos, dolores, cólicos vehementes, sudores fríos, convulsiones y calambres en las extremidades, fenómenos idénticos a los que causa el manzanillo comida, y uno de ellos y quizá todos a los que se han notado en los envenenados en Juana Díaz...."

"....En este caso indicado por el vehemente dolor, pulso concentrado, pequeño, duro, y las mas veces irregular, la cutis fría sucedida por el aumento de calor, sed, a veces convulsiones, ojos encendidos, calambres en las extremidades, y otros síntomas análogos, es indispensable la sangria y casi nunca es arriesgado su uso...."

"....Lorenza González de edad de 26 años, de estado soltera, de temperamento sanguíneo, de constitución robusta, de color algo encendido y de una salud perfecta antes del suceso que le originó su muerte, vivía en el sitio de Tallaboa jurisdicción de Peñuelas el dia 14 de junio de este año (1824), en el cual, entre nueve y diez de la mañana almorzó unos jueyes cogidos en la punta del Peñoncito de Guayanilla, los que no tenían diferencia alguna de los comunes, ni en su tamaño, figura ni color, según la relación dada por los que presenciaron el caso; a las once del mismo dia, empezó a sentir dolor en la región epigástrica, el que por grados se fué aumentando hasta que la redujo a un estado de desesperación, acompañándola una sed insaciable y vómitos. A la una, más o menos, se empezó a presentar un corto meteorismo en el vientre, al que siquieron delirio, sudores fríos, convulsiones, salto de tendones y demás síntomas de un veneno corrosivo.

"....Carlos Velázquez, como de 15 años de edad, de estado soltero, de temperamento bilioso, de una constitución raquítica, de color pajizo pero de una regular salud antes de su muerte, era vecino de Macaná, jurisdicción de Peñuelas y el día 20 de junio comió dos jueyes a las dos de la tarde, los que fueron traídos del lugar nombrado Las Marías, y de los generales de la Isla, sin la más pequeña diferencia

en cosa alguna. Le empezó una pequeña desazón como a las cinco de la tarde, y para las ocho de la noche ya tenía un acerbo dolor de estómago, vómitos frecuentes, bastante inquietud y sed. Toda la noche la pasó en este miserable estado sin proporcionarle el más pequeño recurso de alivio de suerte que al día siguiente se aumentó el desasosiego, la inflamación del vientre e intestinos y entre ocho y nueve del día 21 ya se presentaron los efectos del veneno, obrando en el último grado, en términos que al medio día murió sin que quedase duda de que un cuerpo extraño de una naturaleza activa le había destruído...."

"....Bajo estos principios V. E. puede tomar las medidas que juzgue a propósito; en la inteligencia que según el juicio general en este país como en muchas de las Antillas hay varios árboles venenosos de los cuales se sustentan los cangrejos: tales son el manzanillo de Barbasco y sobre todo el palo de Ventura: que estos animales comen indistintamente de ellos y estando impregnados todo su sistema por medio de la digestión, quilificación y nutrición, inevitablemente las personas que se sometan a adoptar por alimento esta materia, quedan sujetas a sufrir desgracias semejantes, máxime en esta estación del año en la que, como se halla seca toda la orilla de la playa y sus cercanías, los cangrejos sacian el hambre con cualquiera especie de mantenimiento que se presente a su boca. Me parece fundado este concepto, primero, porque nunca hacen daño los jueces en casi toda la costa de Puerto Rico, sino es cuando se ven en la necesidad de comer a pasto esas plantas venenosas, por la escasez de otras que no lo son, a virtud de la aridez del terreno como ha sucedido ahora y en otros años, habiendo la misma causa: segundo; que el lugar en todas épocas del año donde los cangrejos siempre comen materias corrosivas, hacen estragos y matan la gente como sucede en muchas partes del monte de Jovo, jurisdicción de Guayama y otros lugares de cuyos sitios jamás se saca uno de ellos siquiera.

"....El 16 de junio de 1838 consecuente a las muertes repentinas ocurridas en el pueblo de Isabela y cansantes de haber comido las personas que fallecieron, cangrejos que se alimentaban con la bellota del arbusto nombrado "manzanillo" ha acordado en la Junta Superior de Sanidad lo siguiente:

"Que se hagan arrancar todos los arbustos llamados manzanillos y se recojan las bellotas repartidas en su circumferencia y a fin de que no se reproduzcan; con cuyo objeto visitarán los comisarios de barrios sus respectivos distritos a fin de hacer cumplir a los vecinos lo resuelto y que se circule a todos los subalternos de la isla para que pongan en ejecución estas resoluciones siempre que se encuentre el perjudicial arbusto de que se trata...."

En su historia médico-quirúrgica de Puerto Rico, escrita en el 1876 decía el Dr Dumont:

Los peces de la isla de Puerto Rico, según el señor Bello ha citado, son poco mas o menos los mismos que los de Cuba y demás antillas. En cuanto a peces nocivos a la salud pública, hace algún tiempo que leí en un periódico de la capital una lista de los que por tal concepto se prohibía vender. Yo no conozco aquí (Mayaguez) ninguno que se halle en tal caso: hay muchos que se rechazan por que no son buenos de comer; como dudo tampoco que los halla mas o menos indigestos, aunque en el consumo no he observado ninguno. Podría serlo y en alto grado el pescado que se halle en mal estado, o en corrupción, que en estos climas entra poco mas o menos según la especie. También se ha tenido por venenoso el pez que había comido la fruta del manzanillo lo cual no he podido nunca comprobar, pues hace mucho tiempo que esta planta no existe en estas costas. Pero aún siendo cierto, esta clase de pescado maleado que se llama Ciguato, no sería nocivo por sí, sino por el estado de corrupción en un caso, o enfermedad en otro.

"..He aquí la opinión del señor D. Felipe Poey en el asunto: "En cuanto a los peces Ciguatos, se puede decir, que en estado normal todos los peces son sanos; que deben sus cualidades nocivas a un accidente, a un estado de enfermedad que en ellos se declara sin que se conozcan las causas y que se manifiesta exteriormente por postración de fuerzas y flaquencia del animal; hay algunos peces más sujetos que otros a enfermarse, otros peces demasiado sanguíneos, como el atún, son sanos cocidos frescos y dañinos cuando empiezan a descomponerse."

Debido a la gran importancia de los alimentos protéicos en la dieta diaria en

nuestro país creemos oportuno traer a vuestra consideración algunos apuntes sobre la escasez de estos elementos en la comida de nuestro pueblo.

La opinión general en nuestro país atribuye como la causa principal de muchos graves problemas de salud pública, a la nutrición inapropiada de nuestra gente. Esto es: deficiencia en cantidad y en contenido protéico las mas de las veces y deficiencia en calidad o contaminación en otras. Nada constituye quizás en Puerto Rico un problema médicosocial más serio y de más trascendencia que la nutrición de nuestro pueblo. El consumo de carne, pescado y leche (alimentos protéicos de gran valor nutritivo) es en nuestro país de una parvedad e insignificancia risoria, máxime si la comparamos con su equivalente en Estados Unidos u otros países.

De acuerdo con los datos oficiales del Departamento de Sanidad, en la Isla de Puerto Rico se produjeron, durante el año fiscal 1930-31, 38,410,662 litros de leche de vaca. Si aumentamos en esta cifra, cálculo razonable, el 15% para compensar la leche que se produce clandestinamente, tendríamos alrededor de 45,000,000 de litros que equivalen a un consumo de 30 litros de leche per capita en el año.

Durante el año 1930 se consumieron en Puerto Rico 3,879,457 libras de leche enlatada; de esto, el 77% corresponde a leche evaporada, el 15% a leche condensada, y el 8% a leche en polvo, dando un consumo total per capita de 2½ libras por año. (Estos interesantes datos los hemos obtenido del Trade Commissioner de los Estados Unidos en Puerto Rico).

CONSUMO 'PER CAPITA' POR AÑO

	* Pescado	* Carnes	Leche fresca	Leche enlatada
Puerto Rico....	14 lbs.	9 lbs.	30 lts.	2½ lbs.
Estados Unidos.	15 lbs.	187 lbs.	337 lts.	77 lbs.

(*) Datos obtenidos del Negociado de Comercio e Industrias de P. R.

En lo que se refiere a pescado no podemos comparar nuestro consumo anual con el de los Estados Unidos debido a la enorme extensión de terreno de aquel país lejos de zonas pesqueras. El consumo de pescado en Puerto Rico es en extremo bajo, al igual que el de carnes. El consumo de pescado fresco es de 1.49 lbs. per capita por año, con un consumo total, de toda clase de pescado, de 14 libras. Comparemos esta cifra con la de las Islas Vírgenes equivalente a 32 libras, con la del Japón a 100 libras, y con la de Inglaterra a 65 libras. De la pequeña cantidad de 14 libras de pescado que consumimos en Puerto Rico 12.51 o el 89.2% es pescado salado o enlatado.

Vemos pues la ridícula cantidad de estos productos protéicos usados por nuestro pueblo, tan pequeño que casi es imposible determinar por cálculo aproximado la cantidad consumida en la ración diaria.

La campaña de abaratamiento de carnes y las leyes votadas por nuestra Legislatura con tal fin: los esfuerzos del

Negociado de Comercio e Industria instando al pueblo a comer más carne y pescado, y la tradicional predisposición contra algunos alimentos protéicos tales como el pescado fresco y ciertas carnes (idea tradicional que tiene gran arraigo en nuestras clases sociales) nos han inducido a limitarnos en el estudio de los envenenamientos por substancias alimenticias, solamente a aquellas substancias protéicas que pueden actuar como agentes trasmisores de un gran grupo de enfermedades gastro-intestinales.

Es costumbre tradicional en nuestro país usar en la dieta ordinaria gran cantidad de bacalao y otros pescados y carnes que se importan y venden en forma de salazón. Con la abundancia de peces que tenemos en nuestras aguas tropicales y ante el hecho de que usando éstos podría nuestro pueblo campesino alimentarse con un producto de más valor nutritivo y a un precio más bajo, vamos a presentar ante ustedes algunas consideraciones sobre el pescado fresco, que tienden a destruir la tradicional idea, sin fundamento científico la mayoría, e hijas caprichosas de las nociones erróneas de nuestra gente, tal es la de que el pescado es un alimento peligroso. El pescado en si no es más peligroso que las carnes. Tiene la única desventaja de que la descomposición acaece con más rapidez que en la carne debido a la mayor cantidad de agua que contiene. Como ya dijimos al principio la descomposición de una carne o pescado, para que pueda ser dañina a la salud, tiene que llegar a un grado avanzado, de tal manera que su solo aspecto sería notado en el acto por cualquier persona, e inspiraría repugnancia. Los numerosos casos de envenenamientos ocasionados por pescado en Puerto Rico, son, sin duda alguna, producidos por infecciones bacterianas. Estas infecciones bacterianas son el resultado directo del poco cuidado que se tiene en la pesca, transporte y venta. En estas operaciones intermediarias es cuando ocurren las contaminaciones peligrosas, siendo imputables a todo lo que ha estado en contacto directo con el pescado. Otro factor de suma importancia es el de la pesca en aguas contaminadas.

Sería de gran valor hacer un estudio detenido de las condiciones de las aguas en que se pesca, y si en la vecindad descargan alcantarillas. Las infecciones bacterianas producidas por el pescado y en muchos casos causadas por otros alimentos usados conjuntamente con pescado, han traído el descrédito sobre un producto de alto valor nutritivo que podría nuestro pueblo campesino comer con más beneficio que las salazones y laterías que tanto consumo tienen en nuestro país.

El Hon. Sub-Comisionado de Sanidad Dr. Ramón J. Sifre nombró hace algún tiempo una comisión para el estudio del pescado en Puerto Rico, desde el punto de vista de su influencia en la salud pública. Esta comisión espera y desea la cooperación de la clase médica para volver a poner de actualidad el tema y proseguir la propaganda en favor del uso extenso del pescado y de sus bondades como producto alimenticio. Esto nos ayudaría a resolver, si se usa, un gran problema que nos atañe: el problema nutritivo y de paso, otro gran problema importante: el problema económico, pues daría lugar al desarrollo de una industria nativa que emplearía brazos y cuyo producto lucrativo se quedaría en nuestro país. Como decía el Dr. Dumont, allá en 1876 *hay que ser muy precavido en materias de creencias vulgares, porque si bien es cierto que algunas veces no carecen de funda-*

mento, otras no tienen ninguno y persisten apesar de la evidencia en lo contrario." En el caso del pescado no hay prueba científica, ni razón suficiente para considerarlo como un producto peligroso y ofensivo a la salud pública si se tienen con él las mismas precauciones sanitarias que deben tenerse con todo alimento protéico, si se controla su pesca, si se reglamentan las condiciones de su transporte, y de su venta. Somos los médicos los que velando por la salud de nuestro pueblo, en estricta cooperación con el Departamento de Sanidad, debemos estudiar este problema a fondo para resolverlo de una vez para siempre.

En 1899 el Negociado de Pesquería del Gobierno de Estados Unidos envió una Comisión a estudiar el problema pesquero en Puerto Rico. Esta comisión clasificó las variedades y especies de peces habiendo encontrado que gran número de estos se pueden usar como alimentos.

En el caso de los otros artículos de confección ordinaria y venta callejera, debemos no tan sólo exigir certificado de salud al que los vende sino al que los hace; evitar que estos productos se preparen bajo las condiciones antihigiénicas y antisanitarias en que se hacen y que se expendan públicamente en la forma poco correcta en que se hace.

Debemos enseñar a nuestro pueblo a consumir más proteínas en la forma de leche, carnes y pescado dándole la suficiente instrucción elemental para proteger estos alimentos de posibles contaminaciones y acostumbrarlos a depender de conclusiones científicamente probadas y no de meras ideas populares.

BIBLIOGRAFIA

1—Barber, M. A.
Milk Poisoning Due to a Type of Staphylococcus Albus Occurring in Udder of a Healthy Cow. Philippine Jr. of Science, 1914, IX, 515 (Abst. Jr. A. M. A. 1915 **64**: 1529).

2—Burke, G. S.
The Occurrence of Bacillus Botulinus in Nature. Jr. of Bact. 1919 **4**: 541.

3—Costa Mandry, O.
Food Infections in Porto Rico.
P. R. Rev. of P. H. and Trop. Med. 1928 **4**: 128.

4—Costa Mandry, O.
Envenenamientos por Substancias Alimenticias. Bol. Ass. Méd. de P. R. 1928 **21**: 31. Bol. de la Revista de Hyg y Tbc. de Valencia, España. 1930 No. 171:28—No. 172:38 —No. 173:43.

5—Damon, S. R.
Food Infections and intoxications, Williams and Wilkins, Baltimore, 1928.

6—Dubousky, B. J., and Meyer, K. F.
The Distribution of the Spores of B. Botulinus in the Territory of Alaska and the Dominion of Canada. Jr. of Infec. Diseases, 1922, **31**: 595.

7—Dumont, Enrique.
Ensayo de una historia médico-quirúrgica de la Isla de Puerto Rico. Tomo 2:159. Imp. La Antilla, Habana, 1876:

8—Geiger, J. C.
Special Article—Food Poisoning. Jr. A. M. A., 1928 **90**: 459.

9—Geiger, J. C., Nelson, Margaret, Gray J. P., Firestone, F., and Wynns, H. L.
A Report of three outbreaks of Food poisoning Public Health Reports 1931 **46**: 1565.

10—Illsley, M. L.
Food Poisoning Probably Caused by Bacillus Proteus. Jr. A. M. A., 1928, **90**: 292.

11—Jordan, Edwin O.
Food Poisoning and Food-borne Infections University of Chicago Press 1931.

12—Jordan, Edwin O.
The Production by Staphylococci of a substance causing food poisoning.
Jr. A. M. A., 1930 **94**: 1648.

13—Levin, W.
Cheese Poisoning, A Toxicogenic Bacillus Isolated from Cheese. Jr. Lab. and Clin. Med. 1917, 2: 761.

14—Linden, B. A., Turner, W. R. and Thom, C.
Food Poisoning from a Streptococcus in

Cheese. Pub. Health Rep., 1926, **41**:1647.

15—**Mayer, K. F. and Dubousky, B.**
The Distribution of the Spores of B. Botulinus in California.
Jr. Infec. Diseases, 1922, **31**: 541.

16—**Mayer, K. F. and Dubousky, B. J.**
The Distribution of the Spores of B. Botulinus in the United States.
Jr. Infec. Dis., 1922, **31**: 559.

17—**Mayer, K. F. and Dubousky, B. J.**
The Occurrence of the Spores of B. Botulinus in Belgium, Denmark, England, the Netherlands and Switzerland.
Jr. Infec. Diseases. 1922 **31**: 600.

18—**Peckham, C. F.**
An Outbreak of Pork Pie Poisoning at Derby Jr. Hyg., 1923, **22**: 69.

19—**Ramos, Don Francisco.**
Prontuario de disposiciones oficiales del Gobierno de la Isla de Puerto Rico desde 1824 hasta el 1865. Imp. González, Puerto Rico, 1866:80.

20—**Savage, W. K. and White, P. B.**
An Investigation of the Salmonella Group with Special reference to Food Poisoning. Med. Res. Council. Special Report, Series No. 91. London 1925. (Abst. Trop. Dis. Bul. 1925 **22**: 124).

21—**Savage, W. G. and White, P. B.**
Food Poisoning. A Study of 100 Recent outbreaks. Med. Res. Council, Special Report Series No. 92 London, 1925.
(Abst. Trop. Dis. Bul., 1925, **22**: 125.)

22—**Scott, W. M.**
Food Poisoning Due to Bacillus Suipestifer.
J. Hyg., 1926, **24**: 106.

23—**Special Article.**
Food Poisoning.
Jr. A. M. A. 1928 **90**: 459.

24—**Spray, R. S.**
An Outbreak of Food Poisoning Probably Due to "Rat Virus."
Jr. A. M. A. 1926 **86**: 109.

25—**Tanner, F. W. and Dack, G. M.**
Clostridium Botulinum. II Presence in the Human Alimentary Tract.
Jr. A. M. A. 1922, **79**: 132.

26—**U. S. Fish Commission, Steamer Fish Hawk,**
Investigation on the Aquatic resources and fisheries of Porto Rico.
Govt. Printing Office, Washington, 1900.

27—**Warren, S., and Lamb, M. E.**
A fatal Infection with an organism of the Proteus Group.
Jr. Med. Research, 1924, **44**: 375.

CALCULO URINARIO DE TAMAÑO POCO COMUN (*)

J. M. Armaiz

Desde los tiempos primeros en que empezó a desarrollarse la literatura médica de la Edad Media, se encuentran descripciones de cálculos de la vejiga urinaria.

Ya por esta época Frére Jacques llevó a cabo operaciones quirúrgicas a través del periné con el fin de extraer cálculos de la vejiga.

Se componen estos cálculos de concreciones anormales que se forman bien en este reservorio o que tienen su origen en los riñones pasando luego a la vejiga a través de los uréteres.

En su composición entran snbstancias grasosas, moco, desprendimiento de células de la vejiga, uréteres o riñones, fibrina, concreciones de sangre, y principalmente, sales minerales como el ácido úrico, uratos de amonio, carbonato y fosfatos de cal, sales de potasio, sodio y magnesia, fosfatos triple, cistina, xantina etc.

La presencia de cuerpos extraños en la vejiga predispone grandemente a la formación de cálculos en este órgano.

Varían en tamaño desde piedras sumamente pequeñas hasta cálculos de enorme tamaño, como el que os he presentado, pudiendo ocurrir en cualquier edad en ambos sexos, siendo más comunes en los niños y los ancianos. Son muy raros en la mujer debido a su uretra corta y dilatable y por razón de no retener, por regla general, orina residua.

Legueu en su Tratado de Cirugía dice que encontro en una búsqueda de casos de cálculos urinarios, que de 1621 casos, 1150 ocurrieron en niños.

El joven a que voy a referime, E. O., trigueño, de 22 años de edad, natural de Morovis, pero hace algún tiempo reside en el barrio de Almirante Sur de este pueblo, según me informa la mamá del paciente, pasó dos piedras pequeñas: una a la edad de seis y otra a la de nueve meses respectivamente. El me informa que no recuerda haber pasado cálculo alguno desde que tiene uso de razón, pero que sufría de dificultad al orinar con algún tenesmo y malestar desde niño.

Estos síntomas se aliviaron de los catorce a los veinte años de edad, pero de aquí en adelante comenzaron con más dolor a la micción, sensación de pesadez, deseos insatisfechos de vaciar la vejiga, interrupciones en la micción, estreñimiento, hematurias, no podía montar a caballo o pasear en automóvil, etc., hasta que cuando vino a consultarme la vida se le hacía casi imposible. Esto fué en enero 11 de 1931.

Le pasé una sonda de metal no encontrando estrechez uretral, pero si la resistencia de un cuerpo duro y grande en la vejiga.

Le hice un tacto rectal, dándome la sensación de una gran masa situada en la región de la vejiga urinaria.

Le tomé la radiografía que os he mostrados y resolví operarle el día 12 de enero de 1931., habiéndole extraído el cálculo de gran tamaño que os he mostrado. Pesa 175 gramos y mide tres y media pulgadas en su diámetro más largo y tres pulgadas en el más corto. La vía usada para operarle fué la supra púbica.

Treinta días más tarde fué dado de alta el paciente completamente restablecido no habiendo tenido síntomas de esta dolencia desde entonces.

(*) Presentado en la Asamblea Anual del Distrito de Arecibo celebrada en Vega Alta el 1 de octubre de 1931.

TROMBOANGIITIS OBLITERANTE: PRESENTACION DE UN CASO (*)

Luis A. Passalacqua.

La tromboangiitis obliterante es una enfermedad progresivamente fatal, de la que se sabe muy poco etiológicamente, y cuya terapéutica es muy poco satisfactoria. La influencia del tratamiento quirúrgico puede apreciarse en el siguiente caso:

J. A. H. de 35 años de edad viene a la clínica el 6 de Junio de 1930 con dolores muy fuertes en ambos pies, más en el derecho, cianosis de los dedos, y calambres al andar. La historia familiar es negativa para lues, enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, enfermedades nerviosas, cáncer, y no recuerda ninguna enfermedad de importancia que él haya tenido durante su vida. Su oficio es barbero y su descendencia española. Dice que ha tenido calambres al caminar ligero por más de un año pero sin importancia.

En noviembre de 1929 padeció de un dolor insoportable en el dedo pequeño del pie derecho y el día 20 del mismo mes el doctor que le atendía se lo amputó por la articulación falango-metatarsiana sin que se presentara ninguna novedad. Semanas más tarde el dolor de las piernas fué en aumento teniendo que tomar la cama.

Al correr del tiempo el dolor aumentó aún en la cama y pidió su ingreso en la Clínica el 6 de junio de 1930. Aparentaba entonces un hombre de 35 años de edad, blanco, delgado, pálido, de 61 pulgadas de alto, 90 libras de peso, con presión arterial de 118 mg. de mercurio sistólico y 76 diastólico. La temperatura era de 98.2 grados Farenheit.

La piel era normal excepto en las extremidades inferiores en que era muy fina y seca. La musculatura era pobre y el esqueleto óseo era normal exceptuando la pérdida de las tres falanges del dedo pequeño del pie derecho. Las extremidades superiores están normales. La pierna derecha está fría al tacto. El enfermo dice que siempre está así.

Ligero tinte cianótico en los dedos de ambos pies, más acentuado en el pie derecho, y especialmente en el dedo grande.

No se puede apreciar al tacto pulsaciones en las arterias tibial posterior y dorsal del pie, en ninguna de los dos lados.

La orina es negativa, Wasserman negativo, Hemoglobina 60%, Glóbulos Rojos 4.120.00 Leucocitos 9.200. Tiempo de coagulación 3 min.

El día 8 de agosto se le hizo la operación de Leriche en ambas arterias femorales. Los dolores desaparecieron completamente y el enfermo dejó el Hospital el día 17 de Enero, después de un curso intenso antiluético, baños locales fríos y calientes, etc., en buenas condiciones.

El día 13 de Febrero de 1931 se presenta otra vez con la misma sintomatología anterior, peor en la pierna izquierda. Había cambios tróficos en los dedos. Los dolores eran lascinantes. Grandes dosificaciones de morfina se hicieron nece-

(*) Leído en la Asamblea Conjunta de los Distritos de Mayagüez y Aguadilla celebrada en Mayaguez el 27 de Septiembre de 1931.

Sección de Cirugía de la Clínica Quirúrgica del Dr. Pila.

sarias. El primero de Abril del 1931 se hizo la simpatectomía lumbar bilateral, cortándose el segundo y tercer ganglio simpático del lado derecho y el 2, 3 y 4 del izquierdo.

Los dolores desaparecieron excepto en el dedo grande del pie derecho. Tan fuerte era el dolor que se hizo indispensable la desarticulación de dicho dedo por la articulación falangometatarsiana el día 18 de abril del año 1931.

A consecuencia de una gangrena húmeda que se desarrolló inmediatamente y que empezó a extenderse con gran rapidez fué necesario hacer una amputación supra condilar de la pierna izquierda el día 7 de mayo de 1931. Desde entonces se encuentra bien y está en su trabajo.

Nada es realmente satisfactorio en los casos de tromboangiitis obliterante pero este hombre hoy en día se encuentra feliz y agradecido a pesar de la pérdida del miembro inferior izquierdo.

La simpatectomía beneficia estos casos y es el tratamiento más aceptado actualmente. Ella no ataca directamente a la enfermedad ni modifica el proceso proliferativo de las íntimas, ni aumenta las canalizaciones; pero favorece grandemente la circulación colateral y aumenta el riego sanguíneo de la pierna devolviendo la nutrición perdida y borrando el dolor.

Nada más se puede esperar de la simpatectomía lumbar en la tromboangiitis obliterante. De suerte tenemos que mientras más importante sea el papel jugado por el elemento espasmódico de la circulación colateral en la sintomatología de esta enfermedad, mayor será el éxito de la simpatectomía.

Para determinarlo será preciso inducir fiebres con el uso de vacunas u otros medios y luego comparar el aumento de calor en las extremidades afectadas con el de la temperatura general. Esto nos explica el buen resultado obtenido en la pierna derecha, y el resultado negativo de la pierna izquierda.

En vista de que la pierna izquierda seguía agravándose a pesar de las simpatectomías y que el dolor era terrible, nos preparamos para hacer la amputación de dicha pierna. Sin embargo, como la gangrena y el dolor estaban aún limitados al dedo grande, opté por la desarticulación preliminar de dicho dedo con novocaina al 1|2 por ciento. En las trombosis agudas de los dedos que a veces se presentan en la tromboangiitis obliterante la amputación es un éxito, pero es de temer cuando las arterias del pie no tienen pulso. Una semana más tarde empezó a extenderse la gangrena por el pie hasta invadir las dos terceras partes, sin línea de demarcación, iba ascendiendo, y no hubo otro remedio que hacer la amputación supracondilar. Aunque es de desearse preservar un pedazo de pierna por debajo de la rodilla para efectos de locomoción con el uso de las piernas artificiales, nuestra intuición nos hacía ver que el proceso mórbido arterial estaba bastante avanzado y que mientras más lejos se hiciera la amputación mayores serían las probabilidades del éxito. El muñón sanó perfectamente bien.

La simpatectomía es una operación de efectos funcionales para enfermedades y trastornos funcionales, tales como la enfermedad de Raynaud, la angina de pecho espasmódica y en esas enfermedades, su éxito es notable. Raboulay hizo la primera decorticación femoral en el año 1900 y Leriche la popularizó y le dió su base científica en el año 1916. Royle luego usó la simpatectomía lumbar por prime-

ra vez para la paraplegia espástica en el año 1924 y Adson, finalmente la aplicó a la enfermedad de Raynaud en el año 1925. La separación luego de las enfermedades arteriales en funcionales y orgánicas ha esclarecido mucho este campo. Las funcionales son la enfermedad de Raynaud, la acrocianosis y la eritromelalgia; y las orgánicas son la enfermedad de Buergner y la arterioesclerosis u oclusión senil. La simpatectomía en el tratamiento de las enfermedades arteriales orgánicas producirá solamente beneficios relativos y transitorios pero de indudable beneficio para el enfermo en lo cual constitúyese su verdadero éxito.

BRONQUIECTASIA Y EL LAVADO BRONQUIAL (*)

J. H. Font.

Al someter a vuestra consideración un tema tan sugestivo y de tal importancia e interés actual como éste, debo exordiar mi trabajo pidiendo a vuestra atención toda la benevolencia de que sea capaz en razón de que no era mi propósito exponer ahora este tema, sino transferir su lectura para la próxima Asamblea General de nuestra Asociación, después de haber contrastado clínicamente las experiencias que he llevado a cabo con los casos que he tenido en observación hasta ahora.

Inclíname a ocupar la atención de esta distinguida concurrencia, la intención de esclarecer el concepto de la bronquiectasia como entidad nosológica. Aunque este no es un informe de investigaciones originales, es, por lo menos, el producto de una cuidadosa incursión en esta materia, inspirándome también el deseo de informar sobre una condición del tratamiento de dicha enfermedad que absorbió mi atención durante mi último viaje a Filadelfia, pudiendo obtener la correspondiente corroboración clínica.

Sería difícil hablar de tratamiento de las alteraciones bronquiectásicas sin mencionar, o discutir, su patogénesis.

Una experiencia familiar de las infecciones conocidas con el nombre corriente de 'resfriados", demuestra la tendencia del coriza a propagarse a los bronquios, particularmente en aquellos individuos, cuya afección se extiende al pecho. En estos casos hay casi siempre, una propensión adquirida a frecuentes repeticiones con tendencias a la misma área pulmonar. Ahora, como observó Batty Shaw, no estamos seguros si los ataques frecuentes en estos pacientes son el resultado de una reinfección del exterior, mintras muchos se convierten en bronquíticos crónicos y son, en efecto, *portadores*.

Esta opinión nos mueve a suponer que así como en los senos nasales y en las mucosas de la traquea y de los bronquios, los organismos infecciosos pueden penetrar en el epitelio en el curso de ataques agudos, estableciendo una sub-infección cronica que puede reincidir en cualquier tiempo, entrando en actividad con exacerbaciones sucesivas, ya por exposición al frío o nuevas invasiones o acaso seguido de una anestesia general cuando una infección pneumococcica o estreptococcica crónica parece propensa a desarrollar una pulmonía de un tipo correspondiente.

Otra vez, podemos observar, como un hecho claramente establecido, que la bronquiectasia es ocasionada muchas veces por la inhalación de organismos sépticos en los bronquios. Muy bien puede ser que la mucosa profundamente infectada, afecte las cubiertas musculares y el área así debilitada ceda ante la presión del aire cuando se tose, con una consecuente dilatación permanente, dando lugar de esa manera a la acumulación de las secreciones.

Mc.Crae dice:—"Que los cambios en la parte baja del canal respiratorio debidos a infección de arriba son: infección bronquial y, más tarde, infección linfá-

(*) Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Arecibo celebrada en Vega Baja el 4 de octubre de 1931.

tica. La infección es aguda al principio y hay períodos de descanso. Mientras más frecuentes sean las exacerbaciones, más probabilidades tendremos de que se presente la fibrosis." La tos tiene por consecuencia el enfisema. Y, como resultado final del cuadro expuesto por McCrae, la bronquiectasia. La infección de los senos nasales es *fons et origo mali*. En el desarrollo y en la trasmisión de la bronquiectasia representa el drenaje la función más importante y fatal.

Por la introducción del lipiodol realizada por Quinn y Myers en las fosas nasasales durante el sueño, las radiografías han revelado subsecuentemente su presencia en los pulmones en 5 personas entre once, quedando demostrado como el pus, o derrame infectado de la fosa nasal puede ser aspirado por los bronquios. Estas observaciones tienen una gran importancia en el estudio clínico de 38 casos de bronquiectasia que trataron estos hombres de ciencia. Ellos encontraron afecciones de los senos nasales en 32 de sus pacientes (57.9%). En la gran mayoría los senos maxilares estaban infectados y en el resto de los casos se observó una pansinusitis en cuanto a la absorción de la infección. Esto está de acuerdo con las primeras consideraciones de James Adam y de Mullin.

La semilla de la bronquiectasia y de la bronquitis crónica se riega en la niñez. El niño que es susceptible a las infecciones de los senos nasales, y que padece de resfriados frecuentes, es el candidato que, en el transcurso del tiempo, se prepara para la adquisición de esas enfermedades. Los niños que padecen de tos crónica y de catarro nasal, deben ser sometidos a estudios radiológicos de los pulmones y los senos nasales antes de atribuir su infección a las amigdalas y adenoides. El mejor medio de combatir la bronquiectasia es tratarla en su forma potencial.

Es muy importante diferenciar las alteraciones bronquiectásicas de la tuberculosis pulmonar. A este propósito, dice McCrae: "En un hospital de un Regimiento en donde yo daba un curso, llevamos a cabo una investigación de muchos casos diagnosticados de tuberculosis pulmonar y hallamos que la mayría de los pacientes estaban padeciendo de afecciones de los senos nasales". **Beck, de Hidelberg**, ha creado la expresión "pseudotisis" para estas condiciones. Entre los pacientes que fueron enviados como tuberculosos para su admisión a un sanatorio, encontró algunos cuyos sintomas pulmonares eran causados solamente por enfermedades de la nariz.

Es muy frecuente en todas partes el tipo que se señala comúnmente con el nombre de *tísico-acartonado*. Abunda en todos nuestros pueblos. Tose. Anda despacio. En cualquier época del año, lo mismo en nuestros meses fríos que en la temporada de la canícula, lleva su bufanda, o su pañuelo al cuello, que le proteja la laringe que cree el órgano preferido por su padecimiento. Son grandes fumadores los tísicos acartonados. Algunos tienen marcadas tendencias alcohólicas, o son frecuentadores de los menos respetables garitos del pueblo. Su aspecto los denuncia al diagnosis popular. Y su tos frecuente. El color de su faz que transparenta sus maxilares, como dos quijadas que se anticiparan a reirse de la muerte; su pecho hundido, que tiene resoplidos de fuelle viejo, y sus manos largas, de dedos sarmentosos, rematados por unas uñas largas y encorvadas, como de ave de presa, completan

la silueta del tipo que, muchas veces, no es otra cosa que un viejo broquiectásico.

El Dr. Wasson resume sus observaciones sobre estas enfermedades, para las que ha creado el nombre de "broncosinositis", en esta forma:—"1o.—He tratado de describir una condición patológica fundamental común a un grupo de enfermedades de las vías respiratorias. 2o.—Esta condición patológica ofrece manifestaciones clínicas típicas, radiológicas y en la necropsis. 3o.—Su importancia es igual a la tuberculosis y 4o.—Muchos de los fracasos en el tratamiento de sus manifestaciones en el adulto se deben a cronicidad de 40 años de duración".

La bronquitis crónica es una de las más frecuentes condiciones que el médico general se ve obligado a tratar continuamente. ¡Y que fantasmas para el profesional que tiene que tratar estos casos! Estos pacientes van de médico en médico en busca de alivio para sus dolencias: un expectorante, un poco de codeina o heroina, etc. Alguna mejoría. ¿Pero qué resultado hemos obtenido? ¿Cuál es la condición patológica que se halla detrás de estos casos? ¿Por qué es que la condición persiste a pesar de los varios tratamientos iniciados y continuados? Qué otra cosa podríamos hacer en estos casos?

Ochsner, al encontrar en el examen de un paciente suyo alteraciones bronquiectásicas en un grado avanzado y que no presentaban síntomas sugerentes de una temprana bronquiectasia ,pensó que muchos casos de bronquitis crónica y de ataques frecuentes de bronquitis aguda, podrían ser ocasionados por dilataciones bronquiales. Después de examinar un gran número de pacientes, dándole a cada uno la ventaja de la broncografía encontró que más de un 90% de esos crónicos, que no daban historia sugerente de dilatación bronquial, sufrían de bronquiectasia.

Es evidente que la más importante indicación de la broncografía es una tos crónica, o una bronquitis crónica. Aparte del hecho de que la introducción del lipiodol en la tráquea y bronquios es una de las grandes contribuciones al diagnóstico de las lesiones respiratorias, es también de un valor terapéutico no solamente en las bronquitis crónicas y recidivas sino también en la bronquiectasia. En las primeras etapas de la enfermedad el diagnóstico es necesariamente muy difícil y por lo tanto, exige la conveniente evaluación de datos clínicos completos y la más aguda observación. Las alteraciones bronquiectásicas son relativamente comunes, como queda dicho. Los casos que con mayor facilidad se reconocen son los que se limitan al lóbulo inferior. Las dilataciones bronquiales en los lóbulos superiores son una condición muy frecuente en los tuberculosos crónicos. Pero como quiera que aquí presentan los mismos signos que la tuberculosis, se hace por consiguiente difícil la detención. Sin embargo, a pesar de que la impresión sea de bronquiectasia, porque la lesión se encuentre en el lóbulo inferior, el esputo debe ser examinado para bacilo Koch y a menos que no se tengan de diez a quince informes negativos, está uno justificado en eliminar la tuberculosis.

Hedblom, dice que el sindrome característico de la bronquiectasia es una tos crónica con esputo purulento, algunos estertores sobre una o ambas bases, pero sin que la radiografía, tomada en esas condiciones, revele la existencia de esta enfermedad. Sin embargo, añade, una broncografía nos da prueba clínica conclusiva no solamente de la presencia de

la bronquiectasia, sino que también del sitio, extensión y tipo. Es de la única manera que puede hacerse un diagnóstico positivo en la incipiencia de la enfermedad. Dice que la broncografía tiene el mismo sitio en el diagnóstico de la bronquiectasia que la radiografía de contraste en el diagnóstico de las enfermedades gastro-intestinales y de las vías urinarias.

Alexander y Buckingham hace un sumario del tratamiento de la horrible dolencia como sigue: 1o.—Régimen de sanatorio. 2o.—Frecuente drenaje postural. 3o.—Eliminación de focos de infección en la boca y senos nasales. 4o.—La aspiración broncoscópica de cuerpos extraños y secreciones. 5o.—Pneumotórax artificial. 6o.—Interrupción temporal o permanente del frénico. 7o.—Pneumo-lisis extrapleural. 8o.—Toracoplastia extrapleural y 9o.—Lobectomia.

En la traqueobronquitis infecciosa tiene que haber, o una inhibición de la acción ciliar, o destrucción de la cilia de las células epiteliales de la membrana mucosa bronquial. La aspiración de la espesa y tenaz secreción, seguida de irrigación y medicación traqueobronquial, permite la restauración de las pestañas vibrátiles y su acción mejora el drenaje ciliar, produciendo un alivio inmediato al paciente. Las fuerzas expulsivas normales del pulmón (tos, compresión básica y acción ciliar) recuperan de manera que el paciente mejora en un gran por ciento de los casos.

El drenaje broncoscópico, perfeccionado y practicado del mismo modo que lo hacen en las clínicas de Jackson no se ofrece como panacea, pero si como una ayuda en el diagnóstico y tratamiento de ciertos tipos de esta obstinada e intratable dolencia y en muchos casos es este el camino más sencillo y directo a nuestra disposición para alcanzar las lesiones básicas. El lavado bronquial como lo practican los doctores Stitt y Wooding de Cincinatti se ofrece como un tratamiento asociado al más antiguo y mejor conocido drenaje broncoscópico.

Bosquejo del lavado bronquial dado en la demostración científica de la Asociación Médica Americana, Filadelfia, junio de 1931 por Howard L. Stitt, M. D. y Charles E. Wooding, M. D., Cincinatti, Ohio.

1.—El lavado bronquial es en primer lugar la aplicación de las reglas fundamentales de drenaje.

2.—Usando una solución hipertónica salina de Ringer modificada, fórmula Bledsoe-Fisher, con un cáteter de punta encorvada y de goma suave, no 18 ó 20.

3.—Solución hipertónica salina Bledsoe-Fisher concentrada:

Cloruro de sodio	263.7 gm.
Cloruro de potasio	10.6 "
Cloruro de calcio	21.0 "
Agua destilada	1000.0 "

Usese 10 cc. diluídos en 250 cc. de agua hervida para lavado bronquial.

4.—Esta solución contiene las tres sales de cloruro de sodio, potasio y cal que Ringer originalmente encontró tan propicias para el mantenimiento de la actividad fisiológica en los tejidos vivientes.

5.—La concentración de sal ha sido aumentada hasta el punto en que pueda impedir o evitar hinchazón de las células normales.

6.—La concentración de sal es varias veces mayor que en la mezcla original de Ringer, de manera que conserve los efectos de dehidración de las sales de sodio y potasio lo más posible.

7.—Esto, por tanto, constituye la llamada mezcla fisiológicamente balanceada.

8.—El lavado bronquial consiste en vencer la deterioración de cuatro funciones naturales resistentes de los bronquios.

9.—Las cuatro funciones son:

(*a*) Reflejo de la tos,

(*b*) Acción ciliar,

(*c*) Acción autogermicida

(*d*) Movimiento peristáltico bronquial.

10.—Cuando estas cuatro funciones fallan, el lavado bronquial se ofrece como una ayuda para la muy cargada cilia en desembarazar los bronquios de secreciones estancadas.

11.—Instrumental necesario:

(*a*) Cáteter de Coude,

(*b*) Depresor de lengua,

(*c*) Vasija para la solución,

(*d*) Jeringa de metal

(*e*) Vasija Emesis,

(*f*) Espejo de cabeza

(*g*) Pulverizador.

12.—Técnica:

(*a*) El paciente debe estar sentado.

(*b*) Anestesia local aplicada a la laringe con el pulverizador.

(*c*) La enfermera debe colocarse detrás del paciente para sostenerle la cabeza y sujetar el cáteter.

13.—Debe usarse el depresor para controlar la lengua del paciente.

14.—La punta encorvada del cáteter se introduce detrás de la epiglotis, a través de la glotis hacia la traquea, descendiendo hasta la carena.

15.—Por el tacto, la punta encorvada del cáteter puede ser introducida en cualquiera de los principales bronquios.

16.—Deben introducirse 15 cc. de la solución lentamente por el cáteter en el bronquio principal, coincidiendo con cada inspiración.

Lavado total 250cc.

17.—La tos expulsa la solución conjuntamente con la secreción espesa. De este modo se efectúa el proceso de limpieza.

18.—La acción ciliar no puede ser restituída hasta que un proceso reparador haya gradualmente seguido, como resultado de repetidos lavados bronquiales.

19.—La acción autogermicida igual que la acción ciliar mejorarán a medida que los continuos lavados bronquiales contribuyan a la restauración de los bronquios a su estado normal.

20.—Otros usos del cáteter:

(*a*) Para introducir el lipiodol.

(*b*) Aspiración bronquial solamente.

(*c*) Para inyectar varios medicamentos.

(*d*) Para obtener secreciones no contaminadas del bronquio.

21.—Indicaciones:

(*a*) Bronquitis subaguda,

(*b*) Bronquitis crónica,

(*c*) Bronquiectasia.

(*d*) Abceso pulmonar cuando no es muy periferal.

22.—Contraindicaciones:

(*a*) Tuberculosis pulmonar,

(*b*) Enfermedad cardio-vásculo-renal.

(*c*) Malignidad pulmonar.

(*d*) Espiroquetosis pulmonar.

(*e*) Cuerpos extraños.

23.—Cooperación. Esta debe existir entre el internista, el radiólogo, el cirujano, el bacteriólogo, el rinologista y el broncoscopista.

24.—Frecuencia de tratamientos. 1o.—Varían de acuerdo con la magnitud de la patología. 2o.—Al principio son necesa-

cosrios dos lavados semanales. 3o.—Más tarde serán suficientes dos lavados al mes.

25.—Pronósticos: las bronquitis intratables curan sintomáticamente de seis meses a un año; la dilatación moderada de los bronquios de uno a tres años y la dilatación extensa cede sintomáticamente a los tres años haciéndole a estos infelices más amable la vida.

26.—Ventajas del uso del cáteter:

(*a*) La hospitalización es rara vez necesaria,

(*b*) Muy poca anestesia local se necesita en adultos,

(*c*) Ninguna anestesia es necesaria para niños y

(*d*) Economía pecuniaria para el paciente.

27.—Factores influyentes en el resultado:

(*a*) Enfermedades seno-bronquiales.

(*b*) Hábitos dietéticos,

(*c*) Condiciones generales de vida,

(*d*) Cooperación del paciente y

(*e*) La edad—de 8 a 80 años.

28—Resultados basados en 200 casos (aproximadamente 3,500 lavados)

Cura sintomática	35%
Alivio sontomático	48%
Ningún alivio	17%
Una muerte.	

29.—En estos doscientos casos, con 3,500 lavados aproximadamente, ha habido solamente una muerte que creemos fué debida a deficiencia cardíaca, que no lograron revelar todos los métodos disponibles de diagnóstico.

30.—Una broncoscopia para el diagnóstico se efectúa en casi todos los casos.

31.—Este método no se ofrece como un sustituto, sino más bien como un asociado al más antiguo y conocido drenaje broncoscópico.

32.—Fórmula para la anestesia:
Cloruro de adrenalina, solución al 1|1000
Clorhidrato de cocaina, solución al 10%.
De cada una 4cc.

NOTA:—

Nuestra fórmula más reciente para anestesia local es la solución de nupercaina al 1|100.

Creemos que el papel importante que la cilia desempeña es un asunto que requiere mayor estudio.

Cuatro de nuestros casos bajo tratamiento ahora, siguiendo el método que hemos bosquejado, mejoran razonablemente. Todos ellos habían recibido prácticamente todos los tratamientos aconsejados en su dolencia. Cuando termine su tratamiento y haya podido observar otros nuevos casos, tendré sumo placer en ofrecer a ustedes su completo historial y el progreso que haya podido constatar en cada uno.

Tiempo y experiencia en la aplicación a un buen número de casos del lavado bronquial serán necesarios antes que pueda asignársele un sitio permanente en la terapéutica de la bronquiectasia. Pero indudablemente el método ofrece en casos selectos una adición valuable a nuestro armamentarium terapéutico y diagnóstico.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

La asamblea anual de nuestra Asociación tendrá lugar durante los días 18, 19 y 20 de diciembre del año en curso. Reina gran entusiasmo para la celebración de esta asamblea que habrá de dejar gratos recuerdos en la mente de todos por muchos conceptos.

El programa que se prepara para la asamblea es en extremo interesante habiendo numerosos trabajos por competentes profesionales de nuestro país y por profesionales del exterior.

Se invita cordialmente a todos los médicos de Puerto Rico y se les suplica que hagan un esfuerzo para asistir a esta reunión para dar realce a este acto trascendental que nuestra Asociación celebra una vez al año.

Reunión de Graduados de la Universidad de Maryland.

En los salones de la Asociación Médica de Puerto Rico se reunieron en la noche del 17 de octubre más de 50 graduados la Universidad de Maryland en Baltimore con la idea de fundar un capítulo de graduados de dicha Universidad en Puerto Rico. A tal efecto se aprobó un reglamento y se constituyó un capítulo que habrá de llamarse "Asociación de Graduados de la Universidad de Maryland en Puerto Rico".

Se eligió la signiente directiva:

Presidente ..... Dr. Rafael Bernabe
Vice Presidente... Dr. Margarida Hudo
Secretario ..... Dr. Dimas Aruti
Tesorero ..... Dr. Quintero

Vocales:

Dr. Jorge del Toro,
Ledo. Antonio Ayuso,
Dr. Juan Luis Rodríguez,
Dr. J. L. Montalvo Guenard.
Dr. E. Gil.

La asamblea, puesta de pié dedicó un momento a la memoria de los distinguidos amigos y compañeros que estudiaron en la Universidad de Maryland y que han muerto. Entre estos recordamos los nombres inolvidables de Salvador Giuliani, Loyola y Gil.

La reunión terminó con un ameno smoker ofrecido por los alumni de San Juan a todos sus compañeros de la isla.

Nuevos miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Han hecho su ingreso en la Asociación Médica de Puerto Rico los distinguidos compañeros que a continuación damos:

Dr. J. S. Morales Ruiz, de Bayamón
Dr. Gabriel Pons Moler, de Ponce.
Dr. Eduardo R. Pérez, de Guayama
Dr. S. Torruellas, de Caguas.

Asociación Médica del Distrito de Guayama.

La asamblea anual de la Asociación Médica del distrito de Guayama tuvo lugar el día 25 de octubre de 1931 en Cayey. El programa de los trabajos científicos que se presentaron en la reunión fué como sigue:

Dr. M. Díaz García: "Un caso de órganos genitales dobles en la mujer con embarazo en ambos lados."

Dr. O. G. Costa Mandry: "La Influen-

cia del Laboratorio en la Medicina Moderna".

Dr. J. Rodríguez Pastor: "Un caso de Broncomoniliasis".

Dr. P. B. Pulman: "Industrial Medicine".

Se procedió a la elección de la directiva para el próximo año quedando ésta integrada como sigue:

Presidente ..... Dr. Jenaro Barreras
Vice-Presidente.... Dr. A Navas Torres
Tesorero ..... Dr. A. Villeneuve
Secretario ..... Dr. J. Forastieri
Delegados a la Asociación Médica de Puerto Rico:
Dr. José González,
Dr. A. García Soltero.

142aba sesión anual de la Asociación Médica de Delaware.

Hemos recibido atenta invitación para la reunión anual de la Asociación Médica del estado de Delaware que tendrá lugar durante los días 13 y 14 de octubre de 1931 en Wilmington, Delaware. El programa para la reunión es en extremo interesante. La invitación cordialmente extendida a la Asociación Médica de Puerto Rico se hace extensiva a todos los médicos de Puerto Rico. Damos las gracias a la Asociación Médica de Delaware por su atenta invitación.

Reunión Anual de la Asociación Americana de Bacteriólogos.

La reunión anual de la Asociación Americana de Bacteriólogos tendrá lugar en la ciudad de Baltimore durante los días 28, 29 y 30 de Diciembre del año en curso. El programa que se prepara para dicha reunión habrá de ser en extremo interesante.

Asociación Americana de Medicina Tropical.

La reunión anual de la Asociación Americana de Medicina Tropical tendrá lugar en New Orleans, Louisiana, durante los días 18, 19 y 20 de noviembre del año en curso. En el programa científico figura un gran número de trabajos hechos en Puerto Rico sobre temas de medicina tropical.

Ley Harrison sobre Drogas Narcóticas

Al recibir una comunicación del Hon. Tesorero de Puerto Rico requiriendo al Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico, en su carácter de médico a rendir un informe de las drogas narcóticas que había prescrito durante el año fiscal terminado, nos dirigimos a él haciéndole una consulta la cual nos contestó y tenemos gusto en publicar en este Boletín. De acuerdo con la carta del Hon. Tesorero de Puerto Rico, los médicos deberán llevar un registro de las drogas narcóticas que prescriben para al finalizar el año poder informar a la Tesorería, de las drogas que han prescrito durante ese tiempo.

San Juan, P. R.,
Octubre 17, 1931.

Dr. O. G. Costa Mandry,
Laboratorio Biológico,
Departamento de Sanidad,
San Juan, P. R.
Señor:

Su atenta carta de fecha Octubre 14 que se relaciona con mi Circular de Octubre 11 que trata sobre disposiciones de la Ley Harrison, ha sido recibida.

El Departamento al solicitar la información de referencia tiene el propósito de cumplir con ciertas disposiciones del Hon. Secretario de la Guerra, pues parece necesario suministrarle un informe al finalizar cada semestre en el cual se haga constar el movimiento de drogas narcóticas en Puerto Rico.

Dicha información debe contener tales datos relativos a las cantidades de drogas tales como opio, morfina, codeina, heroina, dionina, cocaína y similares que sean recibidos en la isla directamente de los Estados Unidos para ser legalmente distribuídas; aquella cantidad que fuera consumida y a las existentes de dichas drogas que pudieran tener en su poder los traficantes y profesionales autorizados al comenzar cada semestre.

Además será necesario suministrar en el mencionado informe otros datos relacionados con la venta fabricación y consumo de estos productos, sobre los cuales la profesión médica posiblemente nada puede decirnos.

Este es el motivo de mi Circular de referencia y el que se le hayan incluído los impresos que le fueron suministrados.

La información deseada habrá de solicitarse nuevamente en lo sucesivo.

Atentamente,

F. Fano.
Sub-Tesorero.

Asociación Médica del Distrito de San Juan.

El 26 de octubre del año en curso el Dr. Esteban García Cabrera dictó en los salones de la Asociación Médica de Puerto Rico una conferencia sobre: *"Consideraciones Etiológicas, Patogenia y Terapéutica de las infecciones persistentes Genito Uro Genitales".*

Dr. José B. Caso.

Durante el mes embarcó hacia España donde piensa pasar un año dedicado a estudios especiales este distinguido profesional miembro activo de nuestra asociación.

REVISTA DE REVISTAS

SIMPSON, WALTER M. — Undulant Fever (Brucelliasis) — U. S. Naval Med. Bull.— (Oct. 1931). Vol. XXIX: 581.

Apesar de que la fiebre ondulante o fiebre de Malta no se considera como enfermedad reportable más que en muy pocos estados de la Unión, por lo menos 2,000 casos han sido reportados a las autoridades sanitarias durante los dos últimos años. Al principio solo se reportaban casos en Tejas, Nuevo Méjico y Arizona donde existen focos endémicos de infección en las cabras; actualmente no existe un solo estado donde no haya aparecido la enfermedad.

El autor, al presentar su estudio de 128 casos ocurridos en los alrededores de Dayton, Ohio, nos da un resumen bibliográfico excelente de la fiebre del Mediterráneo y sugiere el nombre de "Brucelliasis" para la misma. Nos habla de los trabajos de Alice Evans, quien en 1918 descubrió que ambos organismos, el micrococus melitensis de Bruce y el Bacillus abortus de Bang son morfológica, bioquímica y culturalmente iguales y que tampoco se pueden distinguir por las pruebas de aglutinación.

La ingestión de leche cruda contaminada con el B. abortus fué la causa, en los 128 casos reportados. Basándose en los trabajos experimentales de Hardy en E. U. y de Morales Otero (en Puerto Rico) el autor admite la posible infección a través de la piel por contacto directo con tejidos animales infectados.

Divide la enfermedad en 4 tipos: intermitente, ambulatorio, ondulatorio y maligno. Las manifestaciones clinicas son por lo tanto muy variadas y pueden confundirse con la de la fiebre tifoidea, malaria, tuberculosis, influenza, etc. Las remisiones matinales con las exacerbaciones nocturnas de la semana a varios meses de duración, la pérdida de peso y la debilidad general son los sintomas predominantes La gran mayoría de los casos presentaron una leucopenia de 4,000 a 6,000 leucocitos con una linfocitosis relativa o absoluta.

El diagnóstico se hace, según el autor, por medio de la prueba de aglutinación (método macroscópico de Huddleson) y recomienda que se practique el examen no antes de los 7 a 10 primeros días, por medio del hemocultivo y por medio de la cutirreacción. También se puede encontrar el organismo en la orina y la excreta de los pacientes.

La mortalidad es baja: de 1 a 4 por ciento.

El tratamiento es más bien profiláctico: pasteurización de la leche y educación de las personas en contacto con el ganado infectado.

El mercurocromo, la acriflavina, la neoarsfenamina, la quinina y la proteína extraña se han usado en el tratamiento curativo de la "Brucelliasis." Ultimamente se ha recomendado el uso de la vacuna específica, pero como la fiebre ondulante remite amenudo espontáneamente, es muy difícil poder determinar el valor real de los distintos medicamentos recomendados.

R. M. SUAREZ.

REICH, CARL—"The Effect of Blood Transfusions on Bone-Marrow Activity as Indicated by the Reticulocyte"—The Am. Jour. of Med. Scie.—(Oct. 1931.) Vol. CLXXXII. 4: 513.

En una serie de 25 casos y 5 testigos, el autor estudia el efecto de la transfusión de sangre sobre la médula ósea, usando el contage de reticulocitos como base para estimar la actividad de los órganos hematopoyécticos.

Entre los 25 casos habian dos de anemia perniciosa, uno de anemia aplástica, y los demás eran casos de anemia secundaria tales como fibroma uterino, úlcera gástrica, mieloma múltiple mastoiditis, pneumonia, tuberculosis y carcinoma del riñón, apendicitis, etc. y también 2 casos de leucemia.

En general se notó una disminución en el número de los reticulocitos después de las transfusiones grandes y ningún efecto sobre los reticulocitos con transfusiones pequeñas. Un aumento de 0.5 a 1 por ciento no solamente ocurre normalmente en las anemias secundarias sino que también podria explicarse como un error en el método de contage.

Ese resultado se puede interpretar de una de las siguientes maneras (1) que la transfusión de sangre aumenta el proceso de "madurez" de los corpúsculos rojos en la médula ósea y por lo tanto no aparecen las células jóvenes o reticulocitos, o más probablemente, (2) que el aumento de corpúsculos rojos en la circulación después de la transfusión disminuye el estímulo

al cual ha estado acostumbrada la médula ósea y provoca una depresión en su actividad.

En casos en los cuales la médula ósea se encuentra agotada como en anemia perniciosa, las transfusiones deben ser recomendadas con mucha discreción y en pequeñas cantidades.

R. M. S.

DAMESSHEK, WILLIAM—"Primary Hypochromic Anemia (Erythro-normoblaslic Anemia) "The Am. Jour. of Med. Sci. (Oct. 1931)—Vol. CLXXXII-4:520.

El autor presenta un estudio detallado de 7 casos de anemia que él considera un nuevo tipo de anemia idiopática y lo llama "anemia hipocrómica primaria." Dice que en el último año ha aparecido, en la literatura, mención a tipos similares de anemia, tales como "cloranemia aquílica" de Kaznelson et al, "anemia idiopática hipocrómica" de Mills, "anemia hipocrómica crónica" de Altschuler, "anemia aquílica" y "anemia microcítica" de Faber y cree que Castle también se refería a este tipo de anemia cuando habla de "clorosis crónica." Después de publicado este trabajo él ha estudiado 5 casos más de esta clase de anemia.

La sintomatología en estos casos es igual a la de la anemia perniciosa, pero el cuadro hematológico es típico de anemia secundaria. La mayor parte de los casos dan una historia de remisiones y recaídas, glossitis, trastornos gastro-intestinales y parestesias. Presentan un aspecto muy pálido pero sin ictericia, la lengua atrofiada, uñas en forma de "cuchara" y algunas veces también presentan síntomas y signos de degeneración nerviosa combinada. ("combined system disease.")

No se encuentra en ellos el factor etiológico de la anemia secundaria. Existe aquilia o hipoclorhidria. La sangre muestra un índice de color bajo, hipocromia, pequeño diámetro celular, leucopenia, linfocitosis relativa y trombocitopenia. Biopsia de la médula ósea del esternón en 3 de los casos, reveló una marcada hiperplasia de eritroblastos y normoblastos. La anemia y los demás síntomas respondieron rápidamente a dosis altas de hierro, pero con una tendencia a recidiva cuando se suspendía el uso de la droga.

El autor discute extensamente la relación que pueda existir entre este tipo de anemia y la anemia perniciosa. En la a emia perniciosa existe una médula ósea hiperplástica, llena de formas embrionarias nucleadas: los megaloblastos, los cuales no maduran sino por la acción del extracto de hígado, extracto de estómago o por la acción de proteína previamente digerida. En este nuevo tipo también la médula ósea se encuentra hiperplástica, pero llena de eritro y normoblastos, los cuales aparentemente maduran muy deficientemente si no se administra hierro en dosis altas.

La posibilidad de que sean casos de clorosis también la discute el autor y la rechaza. Cree en cambio que la anemia hipocrómica es "primaria" o "esencial," que pudiera ser una forma rara de anemia perniciosa y que depende probablemente de una digestión gástrica inadecuada del hierro orgánico que puede ocasionar una producción insuficiente de hemoglobina y una maturación pobre de los eritro y normablastos en la médula ósea.

R. M. SUAREZ.

WAGGONER, R. W.—"Sydenham's Chorea"—The Am. Jour. of Med. Sci.—(Oct. 1931)—Vol. CLXXXII. 4:467.

En este trabajo leído por su autor ante la sociedad de Pediatría de la Universidad de Michigan se llega a las siguientes conclusiones:

La corea de Sydenham es una enfermedad propia de la niñez, 80 por ciento de los casos ocurren entre los 5 y 15 años de edad. Es dos veces más frecuente en las niñas que en los varones. Durante el período agudo por lo menos, se presentan casi siempre síntomas mentales, sobre todo en individuos en los cuales hay una pobre integración del mecanismo motriz cerebro-cerebelar.

Histopatológicamente se caracteriza la enfermedad por una encefalitis de la corteza y ganglios de la base del cerebro, pero particularmente del "corpus striatum" y del "corpus Luys"

La parte más importante del tratamiento consiste en poner al paciente en descanso absoluto tanto físico como mental y preferiblemente fuera de su hogar o medio ambiente. La multiplicidad de métodos terapéuticos pregonizados, evidencian la ineficacia de los mismos. Se ha recomendado el uso intrarraquídeo del suero sanguíneo del propio paciente, la punción lumbar, los arsenicales especialmente el licor de Fowler, la inyección subcutánea de Luminal en dosis de 0.22 gm. repetida dos veces al día en combinación con la administración intrarra-

quídea de sulfato de magnesia en dosis de 8 mgm. por Kilo de peso y repetida diariamente durante 26 días. Ultimamente se ha recomendado el Nirvanol. En una serie de casos tratados con esa droga la enfermedad duró sólo 31 días y en la serie testigo se prolongó 115 días. La dosis es de 5 a 10 granos diariamente durante 7 días o hasta que se presenten los signos tóxicos: erupción y fiebre. La droga es además peligrosa porque produce una leucopenia con eosinofilia y en algunos casos ha provocado una agranulocitosis.

Los focos de infección deben ser eliminados pero nunca antes que el estado febril, si lo hubiera, haya desaparecido, el paciente se haya acostumbrado al nuevo medio-ambiente y hayan disminuído los movimientos coréicos

Apesar de que un 33 por ciento de sus casos dan una historia de fiebre reumática y un 15 por ciento más presentan evidencia de trastornos cardiacos, el autor no cree que esa enfermedad, ni la tonsilitis aguda, ni la nefritis, ni la fiebre escarlatina sean la causa primaria de la corea de Sydenham y cree más bien que sean esas infecciones factores concurrentes, provocativos o excitantes de la enfermedad.

R. M. SUAREZ.

BLAUNER, SAMUEL A. and GOLDSTEIN HIMAN; Epidemic of Measles. Attempted Prophylaxis with whole blood. Am. Jr. Dis. Child. Oct. 1931 42: 803.

Este trabajo es un informe concerniente a los resultados obtenidos en la profilaxis del sarampión en el Hebrew Orphan Asylum de New York, usando sangre citratada de donantes profesionales que habían sufrido de sarampión anteriormente. Los autores usan sangre citratada en la cantidad de 30 cc. De los 117 pacientes en estudio 91 desarrollaron sarampión, incluyendo 5 niños que fueron inoculados con la sangre de sus padres. 63 de los 91 pacientes que desarrollaron la enfermedad habían recibido la inyección de sangre citratada y 28 no la recibieron y sirvieron de control junto con otros más que alcanzaban la cifra de 46. El número de los inoculados con sangre citratada ascendió a 66.

Un estudio de los métodos en uso en la profilaxis de sarampión lleva a uno a la conclusión de que ante la ausencia de un agente medicinal específico tenemos que recurrir a la profilaxis producida activamente o pasivamente. Se han probado tres diferentes métodos de inmunización.

1—El de Ferry y Fisher **(toxin-antitoxin)** el cual no ha tenido gran aceptación.

2—El método de Herrman que está en desuso al presente, y que consiste en trasplantar secreciones de la nariz de un caso de sarampión a la nariz de un infante sano.

3—El método que consiste en inyectar sangre completa o suero de pacientes convalescientes de sarampión. Este método es el que ha tenido más aceptación y en el cual los resultados han sido más halagadores. Los informes en la literatura de buenos resultados usando este último método son numerosos.

Las conclusiones a que llegaron los autores en el estudio de esta epidemia usando sangre citratada son las siguientes:

1—El brote epidémico de sarampión atacó 91 niños de un total de 117 entre las edades de uno a seis años recluídos en la Institución.

2—Cinco de estos 117 niños recibieron una inyección de sangre completa de sus padres; 66 recibieron la inyección de sangre citratada de donantes profesionales, y 46 no recibieron tratamiento sirviendo por lo tanto como control (testigos).

3—La protección por medio del uso de sangre o suero ocurre generalmente cuando el agente profiláctico se usa de 14 días antes del contacto hasta 9 días después del contacto con un caso activo de sarampión. En la serie estudiada por los autores la mayor parte de los casos cayeron dentro del período de 5 días antes o después de la incubación.

4—Comparando el curso de la enfermedad en el grupo tratado y en el grupo control la mejoría en los casos inmunizados fué tan insignificante que no vale la pena considerarla.

5—Comparando los resultados profilácticos en ambos grupos el 88% de los niños inmunizados desarrollaron el sarampión mientras que en los no inmunizados solamente el 60% desarrolló la enfermedad.

O. C. M.

SPINAL ANESTHESIA

NOVOCAIN is closely identified with progress in spinal anesthesia. Pharmacological investigations and clinical experience have definitely established its combined efficiency and safety.

To facilitate the preparation of solutions of the drug for spinal injection and to assure the necessary sterility, there are available

STERILE

NOVOCAIN

Reg. U. S. Pat. Off.

Brand of PROCAINE HYDROCHLORIDE

CRYSTALS

This product is supplied in hermetically sealed ampules containing 50, 100, 120, 150, 200, 500 milligrams to meet individual requirements. The ampules are of sufficient size to permit the introduction of spinal fluid in which the crystals speedily dissolve.

For controlling the blood-pressure, a preliminary injection of ephedrin is recommended.

Pamphlet with dosage table sent on request

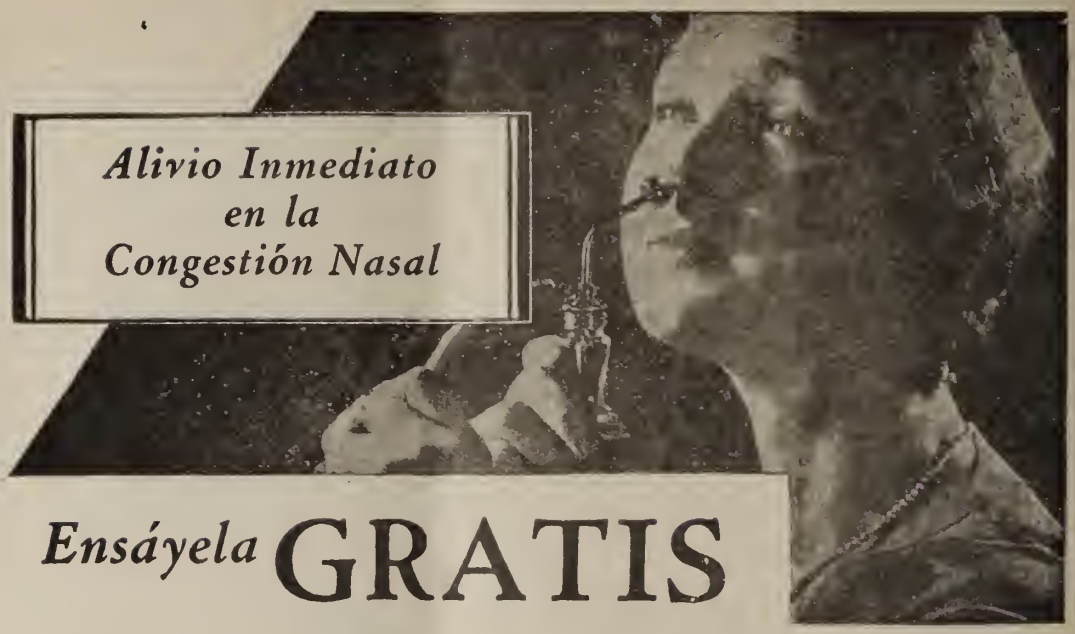
H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 VARICK STREET, NEW YORK, N. Y.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.



Alivio Inmediato en la Congestión Nasal

Ensáyela GRATIS

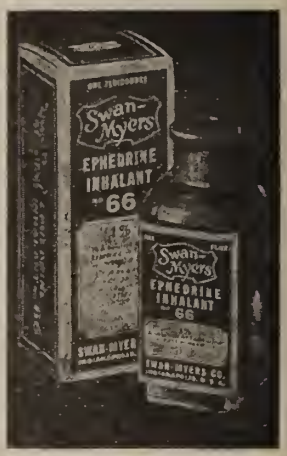
. . . . Envie el cupón para muestra

Compare la efectividad de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS por el método más convincente . . . esto es, ensayándola Ud. mismo.

La Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers se usa para atenuar la hiperemia en la coriza, aliviar la Congestión de los cornetes y como ayuda en la cirugía intranasal.

Nos escribe un médico de la Habana:

"No se puede dudar de la positiva importancia de la Efedrina Inhalante No. 66 SWAN-MYERS como calmante, anestesico local, lubricante, solvente de mocosidades, dilatador y descongestionante de mucosas, siendo a la vez de aplicación fácil y muy aceptado por los enfermos más delicados, pues el grato perfume y la presentación de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers contribuyen mucho a sugestionar favorablemente a los paciente."



Swan-Myers
EPHEDRINE

Señores: Tengan la bondad de enviarme muestra de la Efedrina Inhalante No. 66 Swan-Myers.

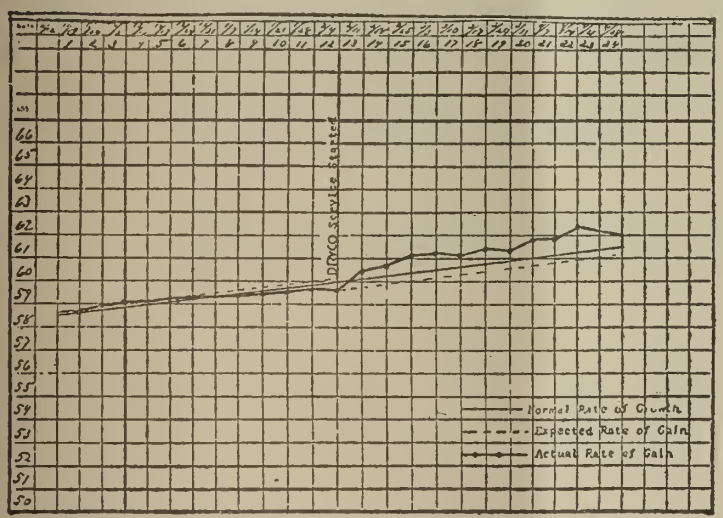
_____

_____

Inhalant, No. 66

Representantes: SRES. LLOMPART BROS. CO. - San Juan, P. R

CONVENCE MAS QUE LAS PALABRAS!



El aumento medio por niño durante el experimento fué 2.92 libras o 097 libra al mes mayor que el aumento normalmente esperado de 0.5 libra al mes. Esto es 94.6% mayor que el aumento normalmente esperado y 600% mayor que durante el período cuando ninguna leche fué consumida.

("La Leche Seca Para El Servivicio DE Escuela". — The Nation's Health, — April, 1925.

DRYCO es simplemente una leche pura, fresca, altamente nutritiva y desecada por el proceso "Just." Datos clínicos obtenidos durante muchos años de experiencia, han confirmado de una manera incontestable que DRYCO es la leche ideal y la más económica para la lactancia artificial y alimentación de niños, enfermos y convalecientes.

MUESTRAS DEL DRYCO Y DATOS CLINICOS A SOLICITUD.

THE DRY MILK COMPANY, New York City, N. Y.

Distribuidor: **Fr. SCHOMBURG,**

80 Luna St. — P. O. Box 433. — San Juan, P. R.

Para impresos de todas clases,
Efectos de Escritorios. -:- Sellos de Goma.
Trabajos de Litografía y en Grabado
Rayados y Encuadernaciones
de todas clases.
Libros de texto y Recreativos
---y---
Muebles para oficinas.

Cantero Fernández & Co., Inc

IMPRESORES, GRABADORES
Y LITOGRAFOS.
SAN FRANCISCO No. 49, — CALLE ALLEN No. 48,
SAN JUAN, P. R.

Protejiendo a la Humanidad de las llamadas "Curas del Estreñimiento"

Todo médico sabe perfectamente que las píldoras y sales catárticas producen un alivio transitorio del estreñimiento. Lo que necesitan estos pacientes es volúmen o bulto en la dieta diaria. Por eso la clase médica recomienda el KELLOGG'S ALL BRAN.

El ALL BRAN ha sido considerado como uno de los correctivos naturales del estreñimiento transitorio o crónico.

ALL BRAN es delicioso servido como un cereal con leche helada o crema, con frutas o con un poco de miel de abejas.

Es igualmente delicioso cuando se riega sobre cereales, sopa u otros alimentos.

De venta en todos los colmados y pulperías.



Kellogg's
ALL-BRAN

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endocrino de Cole No. 13.

(Compuesto de ovarios y mamarias)

Substancia mamaria,	3 grs.
Substancia del ovario,	1 gr.
Substancia tiroidea,	1/10 gr.
Fosfato de calcio,	q. s.

Indicaciones: menorragia, menstruaciones muy frecuentes, prolongadas o profusas.

NOTA: Esta fórmula actúa como un regulador del ovario, venciendo su excesiva actividad.

Compuesto Endocrino de Cole No. 4.

(Compuesto ovárico)

Substancia ovárica,	3 grs.
Substancia pituitaria,	1/8 gr.
Substancia tiroidea,	1 gr.
Compuesto mineralizante de Cole No. 12,	2 grs.

Indicaciones: Se usa en irregularidades en la pubertud y época de cambio de vida, deficiencia ovárica, trastornos menstruales, mala nutrición acompañada de desarrollo físico pobre en niñas jóvenes.

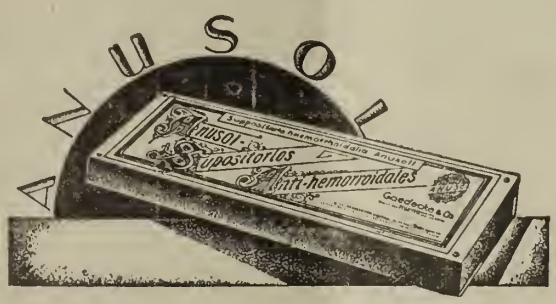
DOSIS: Una cápsula cuatro veces al día después de las comidas y a la hora de acostarse.

COLE CHEMICAL COMPANY

ST. LOUIS, Mo.

Representante en Puerto Rico: **LUIS F. BALAGUER.**

Apartado 1559, Teléfono 558 San Juan, Puerto Rico.



¿Es necesario operar?

Antes de recurrir a la intervención quirúrgica en casos de hemorroides, conviene cerciorarse de si no queda medio alguno de curarlas. Los eficaces resultados obtenidos con los

Supositorios Anti-Hemorroidales

ANUSOL

justifican tal precaución. Aunque la cirugía sea el remedio definitivo en ciertos casos, el uso de los supositorios Anusol resultará beneficioso para aliviar el dolor, disminuir la inflamación y detener la hemorragia, antes de la operación. Después, apresura la cicatrización.

Un ensayo bastará para comprobar las ventajas de los supositorios Anusol. Gustosamente se le enviarán muestras.

SCHERING & GLATZ, Inc.
Bloomfield, N. J., U. S. A.

TABLETAS DE PANCREATINA

CON CAPA ENTÉRICA

PANTERIC*

PANTERIC COMPUESTAS†

PARKE - DAVIS

*Pancreatina de triple fuerza (tres veces la fuerza de la F.E.U.), 0.300 grm.

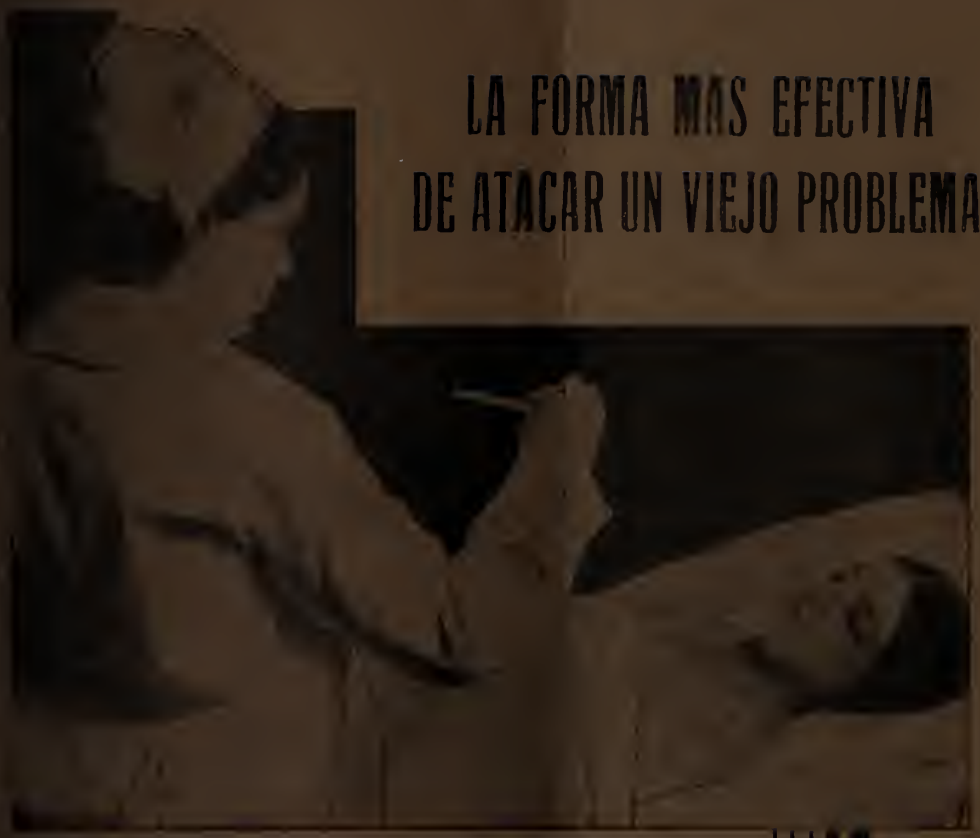
†Pancreatina de triple fuerza..0.26 grm.
Glicocolato de Sodio .....0.05 grm.
Taurocolato de Sodio .....0.05 grm.

*Utiles en la diabetes, colitis fermentativa, para individuos con peso subnormal y en lo general en casos a cuya mejoría contribuya la corrección de la digestión intestinal defectuosa.

†Utiles en casos que requieran, además de pancreatina, sales biliares, las cuales ayudan a asimilar las grasas y las proteínas y disminuyen la propensión a la putrefacción del contenido intestinal.

AMBAS SE SUMINISTRAN EN FRASCOS DE 50

LA FORMA MAS EFECTIVA DE ATACAR UN VIEJO PROBLEMA



el poder desinflamante de la inflamación y de la congestión [illegible] trae a menudo trae dificultades al mismo. La administración oral de analgésicos y antipiréticos puede causar trastornos gástricos; mientras que la tradicional cataplasma sólo sirve por el efecto [illegible] que produce.

Es con ventaja del emplastro

Numotizine

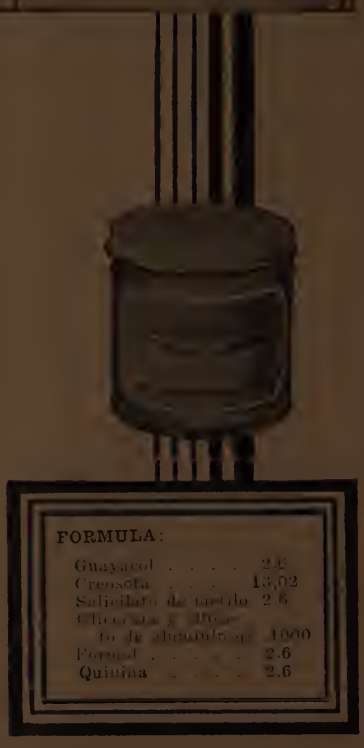
se aplica localmente y produce efectos tanto [illegible] sistémicos. De esta manera no hay posibilidad de que surjan molestias gástricas. El emplastro puede removerse con facilidad tan pronto como haya producido los resultados deseados.

NUMOTIZINE se recomienda especialmente para [illegible] y la fiebre en casos de nacidos, abcesos, [illegible] y heridas externas. Es una ayuda excelente en casos de catarro y otras afecciones respiratorias.

NUMOTIZINE Inc.
900 North Franklin Street,
CHICAGO, Ill.

Se envía muestra y literatura si se solicita de

ROSSET Y SANTINI, Distribuidores.
Ave. Ponce de León,
SANTURCE, San Juan, P. R.



AMYTAL, LILLY

Hipnótico eficaz no narcótico

AMYTAL COMPUESTO, LILLY

El hipnótico de preferencia cuando el dolor es un factor

AMYTAL SODICO LILLY

Valioso coadyuvante de la anestesia

Estos productos son dignos de su consideración.

Escriba solicitando literatura.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, E. U. A.

Vol. XXIII. Número 12

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL
DICIEMBRE, 1931

Apdo. Facultades Juncos Parada 1 — Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan Puerto Rico, under the act of August 24, 1912.

SUMARIO

EDITORIAL 161

In Memoriam. Apuntes Biográficos 163
Dr. D. Cuevas Mandry.

Cuchillo Pituitario and Vaginal Record of a Case 170
Dr. M. Díaz Guerra.

Annual report of the Bureau of Vital Statistics 177
Manuel M. Pérez.

Informe del Presidente 183

Memoria del Secretario 187

Los Practicantes Médicos y el informe de la Comisión de Reformas de Legislación 190
Dr. J. Gallardo Morales.

Aspecto de la Malaria en Puerto Rico 193
Dr. A. Bernal Iturn.

Noticias Médico Sociales 198

Revista de Revistas 199

ÍNDICE DEL AÑO XXIII (1931) 199

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

CANTERO, FERNANDEZ & CO. INC., SAN JUAN

THEOMINAL

TRADEMARK REG. U.S. PAT. OFF. AND FOREIGN

Antispasmodic Vasodilator

When the sphygmomanometer registers a blood pressure indicative of vascular disorganment, gratifying changes may be made in the patient's mode of life: longer hours of rest, freedom from mental stress and regulation of diet.

Equally important is effective medication to avert the distress resulting from excessive contraction of the blood vessels, especially the coronaries.

Abundant clinical experience demonstrates that Theominal lowers high blood pressure, increases circulation through the coronary arteries and relieves anginal pain. Thus it relieves the distressing symptoms of arteriosclerosis, angina pectoris and related conditions. Furthermore, it allays the accompanying nervous disturbances.

The recognized value of Theominal depends upon the vasodilator action of theobromine and the antispasmodic and sedative effect of Luminal.

Dose: One tablet three times daily.

Theominal is supplied in bottles of 25

Pamphlet on request

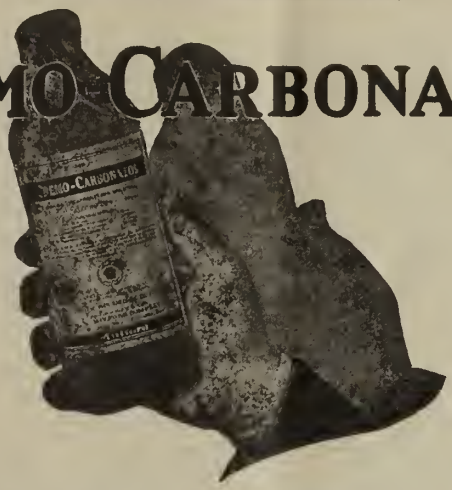
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.

170 Varick Street, New York, N. Y.

WINTHROP QUALITY HAS NO SUBSTITUTE.

FR. SCHOMBURG, Distribuidor, Luna 80 — San Juan.

CREMO-CARBONATOS



Un Antiácido Nuevo y Más Eficaz

El CREMO-CARBONATOS es un antiácido calmante y correctivo de marcado valor. Contiene el bien conocido antiácido insoluble y los álcalis potenciales en una forma nueva como una suspensión de partículas de dimensiones coloidales.

La gran actividad de los carbonatos de calcio y magnesio y la propiedad tapizante grandemente crecida del bismuto, aseguran una acción uniforme y más segura.

El CREMO-CARBONATOS no es cáustico, es neutral, dulce y agradable al paladar. Neutraliza en seguida el ácido gástrico y aunque se tome en exceso no produce ningún efecto desagradable. En efecto, tomado en grandes cantidades, ayuda a tapizar las áreas ulceradas protegiéndolas de los irritantes.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, el CREMO-CARBONATOS se debe usar sin reserva, puesto que no sólo es un antiácido eficaz sino que también carece de los efectos perjudiciales en el conducto alimenticio o el organismo en general.

H. K. MULFORD COMPAÑIA

Fabricantes de Productos Biológicos y Farmacéuticos

FILADELFIA, E. U. de A.



Las Radiografías son de Importancia - - - - - - - - - - - - - - durante el Período Sanativo

LAS fracturas de los huesos deben ser radiografiadas, no le hace cuál sea la naturaleza de la lesión. En bien del paciente, el examen radiográfico debe consistir en una serie de radiografías periódicas tomadas antes y después de la reducción de la fractura o dislocación, único medio de determinar si la formación del endurecimiento se efectúa de manera normal.

La **infalibilidad y uniformidad** de las Películas Eastman **Diaphax y Ultra-rápida** para Radiografías proporcionan esa serie de exposiciones, cada una de ellas de idéntico detalle, que permiten luego hacer comparaciones del estado del paciente.

Enviamos a petición un ejemplar de nuestro libro "Los Rayos X en Medicina".

EASTMAN KODAK COMPANY

Rochester, N. Y., E. U. A.

Lo que bien empieza—

bien acaba pues el paciente que ha comenzado con una cucharada  continúa con una cucharadita  y termina por cesar de tomarlo  lo que prueba  el valor terapéutico del AGAROL  en los casos de estreñimiento.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenoftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

Además AGAROL es fácil de tomar. Ni es aceitoso ni contiene aromáticos artificiales. Se puede mezclar con agua, con jugo de frutas, con leche, con cualquier alimento líquido o semisólido.

Muestras gratis a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc. 113 W. 18th Street, NEW YORK, N. Y., E. U. A.

El TRATAMIENTO INTRAVENOSO
de la Gonorrea con Glucosa y

MERCUROCROMO

(*Marca Registrada*)

REDEWILL, POTTER Y GARRISON de la Marina de los E.U. de A. (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dic. de 1929) demostraron en 2053 casos que la glucosa con Mercurocromo intravenosamente en *solución fresca* aumenta la propiedad bactericida del último y reduce su anafilaxia dos terceras partes, mientras mantiene una bacteriostasis sanguínea muy eficaz contra toda clase de infección génito-urinaria y estimula la formación de los anticuerpos específicos. Estos resultados concuerdan con los informes obtenidos de una infinidad de autoridades e investigadores de Europa, Norte y Sud América.

¡DESCONFIE!
de todo "*Mercurocromo*" cuyo envase no lleve *nuestro nombre* en su etiqueta con la designación de:

"MERCUROCROMO H.W. & D."
o **"MERCUROCROMO-220 SOLUBLE H.W. & D."**



Unicos Fabricantes:
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Muestras a Solicitud

Representante: JAMES SHINE, *San Juan*

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. E, Baltimore, Md., E.U.A.

Sírvanse enviarme literatura y muestras de MERCUROCROMO.

*Doctor*_____

*Dirección*_____ *Ciudad*_____



Hay quién no se acuerda del médico sino a altas horas de la noche

NO es necesario que el descanso del médico sea interrumpido si un paciente sufre dolores más intensos durante la noche. Esto se puede prevenir. Prescríbase de antemano una o dos tabletas de **Peralga** para tales emergencias. Calman el dolor y dan sosiego. **Peralga** no es un narcótico. (*) Puede ser recetado bajo cualquier condición como analgésico y sedativo de efecto rápido, eficaz y duradero.

(*) *Es una combinación de amidopirina y ácido barbitúrico.*

PERALGA

Para calmar el DOLOR.

Solicítense muestras gratis a

SCHERING & GLATZ, INC., 113 W. 18th, St., New York City.



Donde Crece la Yerba Más Verde



De dónde recibe usted la leche para su familia, para sus niños?

De fértiles praderas, donde las vitaminas y otros elementos saludables en los productos de lechería son más abundantes? De establos donde el ganado está estrictamente examinado y las normas modernas de lechería rígidamente mantenidas? Usted no puede correr riesgos con la leche de sus niños.

Use KLIM y no dude más de la pureza de la leche que usted usa. Porque KLIM es leche fresca, alimenticia, en polvo, producida en los mejores establos del mundo. Rica en sustancias nutritivas — incluyendo todas las vitaminas — está rígidamente inspeccionada para asegurar su pureza.

Agregue agua a KLIM y obtendrá leche fresca, rica en crema, sana y alimenticia para niños y adultos.

Si usted quiere leche pura, alimenticia y uniforme para su niño, use KLIM.



De Venta en tiendas de víveres y farmacias.

Representantes:

PLAZA PROVISION COMPANY.

15 Allen St. — San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXIII. | DICIEMBRE, 1931 | NUM. 195.

EDITORIAL

Durante los días 18, 19 y 20 de diciembre celebrará la Asociación Médica de Puerto Rico su vigésima octava Asamblea Anual.

Una vez cada año se reunen los médicos de Puerto Rico en asamblea magna para traer a ésta el fruto de sus labores y desvelos durante el año y someterlos a la crítica y consideración de los demás compañeros.

Este año, la Asociación Médica de Puerto Rico celebra su vigésima octava reunión anual. En cada una de las reuniones anuales, desde la primera reunión celebrada el 21 de septiembre de 1902, época memorable en que se constituyó nuestra Asociación, se han traído asuntos de gran trascendencia e importancia para nuestra colectividad y para la salud de nuestro pueblo. Han desfilado por la presidencia de nuestra Asociación durante veininueve años de vida que lleva, hombres de valer en nuestro país, hombres que durante su término supieron impulsar y llevar a feliz éxito nuevas actividades para gloria y prestigio de nuestra clase médica.

Cada uno de estos hombres en cuyas manos estuvo el destino de nuestra Asociación, ha sabido interpretar al pie de la letra el objeto y fin que perseguía nuestra Asociación al unirse los compañeros en 1902, que no es otro que el de defender los intereses de la clase médica, haciendo cuantas gestiones sean para ello necesarias. Abriga también la Asociación el propósito de que la moral médica sea un hecho en Puerto Rico, y que al igual que en todos los países civilizados, haya aquí un centro donde los médicos puedan contribuir con sus conocimientos al esclarecimiento de los problemas científicos y médico-sociales.

Muchos han sido los éxitos y muchas las glorias de estos hombres que han regido los destinos de nuestra Asociación durante los veintinueve años de vida que lleva.

Nuestra Asociación cuenta hoy en día con un nuevo edificio erigido por los médicos bajo la sabia y entusiasta dirección de Ramón M. Suárez, quien después de esfuerzos sobrehumanos entregó a la actual directiva dicha obra con solamente una deuda de mil dólares que ya ha sido pagada.

Las ejecutorias de nuestra Asociación pueden servir de ejemplo de lo que se puede alcanzar por medio de la unión y de la solidaridad. Aquel refrán que dice: "En la unión está la fuerza", queda demostrado palpablemente con lo hecho por nuestra colectividad: erigir un edificio, a un costo de quince mil dólares, en un período de completa crisis en nuestro país. Esta unión y esta solidaridad absolutas de nuestra Asociación debe continuar a toda costa; cuando ella desaparezca, también desaparecerá nuestra Asociación.

Las diferencias de opinión que puedan surgir entre nuestros asociados, las quejas que haya contra el cuerpo directivo

de nuestra Asociación, si es que existen, deben traerse valientemente al seno de ella para depurar los hechos, para exigir responsabilidades y para que nuestra Asociación continúe vigorosa y llena de vida, como lo ha hecho hasta el presente.

Las actuaciones de la actual directiva, podrán ser juzgadas por las que le sucedan. Hemos encontrado grandes obstáculos durante el año, hemos tenido grandes dificultades.

Inspirados en el mismo pensamiento en que se inspiró la redacción del Boletín al publicar su primer número en enero de 1903 hemos podido salir adelante. Decía la redacción de aquel número: *"Es ley del mundo que toda empresa tendente al bien colectivo haya de encontrar en su camino dificultades sin cuento, obstáculos casi insuperables antes de alcanzar su completa realización. Pero por otra ley compensadora, ocurre que a despecho de escollos y valladares llega un momento que, aunándose circunstancias antes improbables y tantos esfuerzos imprevistos, la empresa triunfa cuando se daba ya por imposible de realizar y cuando aparecía, sarcástica, la sonrisa en los labios de los eternos murmuradores."*

Inspirémosnos en los altos principios de los fundadores de nuestra Asociación, olvidemos las pequeñeces, los rencores y las diferencias de criterio que podamos tener contra un grupo determinado de nuestra Asociación, depongámoslo todo, trabajemos sin cesar por nuestra unión y el prestigio de nuestra Asociación para que tengamos en el futuro triunfos más altos aún que los alcanzados por nuestra Asociación en los primeros veintinueve años de vida que ahora terminan.

Seamos médicos antes que nada, huyamos de la política mezquina, no mezclemos ésta con la medicina, pues una y otra no podrán constituir nunca una buena combinación. Separemos esas dos palabras, no tildemos a otros de políticos cuando estamos haciendo justamente lo que criticamos.

Hagamosnos valer por lo que somos, por nuestras ejecutorias, por nuestros méritos y no por meras ideas políticas o porque militemos en un determinado partido.

Recordemos que nuestro fin principal es la defensa y el prestigio de nuestra clase, que se haya tan en alto en la mente de nuestro pueblo que sabe apreciar que tiene una clase médica digna y a la altura de la de cualquier país del mundo civilizado.

Sirva esta próxima asamblea de nuestra Asociación como lazo que estreche las relaciones entre los médicos y entre nuestros asociados.

Sírvanos de divisa para el futuro el último párrafo del discurso pronunciado por el Dr. Ramón M. Suárez en su calidad de Presidente de la Asociación Médica con motivo de la inauguración de nuestra casa, el 20 de diciembre de 1929, alterado para que diga como sigue:

"Médicos de Puerto Rico, en esta casa cuyas puertas se abren hoy de par en par para darle albergue al amor, a la humanidad y a la ciencia, noche y día vigilará un centinela siempre alerta para que no penetren las pasiones y los odios en el seno de nuestra Asociación, para que ésta continúe vigorosa y fuerte como hasta ahora, para gloria y honor de nuestra clase".



Ramón M. Suárez

APUNTES BIOGRAFICOS

La Junta Editora de nuestro Boletín, el órgano oficial y portavoz de nuestra Asociación, se siente orgullosa y satisfecha en poder engalanar estas páginas con la biografía de uno de nuestros más ilustres médicos, uno de los constantes luchadores por el prestigio y el bienestar de nuestra clase.

La actual Directiva de nuestra Asociación, por acuerdo unánime de la Cámara de Delegados, presentará al Dr. Suárez en la sesión inaugural de la asamblea magna de 1931 una medalla de oro y un diploma de honor, como justo tributo de homenaje y simpatía de la clase médica de Puerto Rico a un médico que supo sacrificarse y desinteresadamente laborar por mantener nuestro nombre en el alto nivel científico y moral en que hoy se encuentra.

Los honores que nuestra Asociación otorga son pocos, pero bien merecidos y su lema siempre ha sido,

Honor a quien honor merece.

Su retrato, en unión del de los demás Presidentes de nuestra Asociación, por mandato de nuestra Cámara de Delegados, honrará nuestro Salón de Actos.

Nació el Dr. Suárez en el pueblo de Loíza (hoy Loíza Aldea) el 8 de mayo de 1895.

Son sus padres, Don Manuel Suárez y Doña Audina Calderón. Pasó su primera juventud en este humilde poblado donde cursó sus estudios elementales. En 1913 terminó sus estudios secundarios en la Escuela Superior Central de San Juan. Hasta poco tiempo antes sus padres, en situación acomodada, le proveyeron de todo cuanto necesitaba. En su último año de escuela superior y en los años venideros, la situación económica de sus progenitores cambió y se vió el Dr. Suárez en situación difícil para poder continuar estudios superiores. Marchó a Estados Unidos y en el Medical College of Virginia cursó la carrera de Doctor en Medicina, habiendo recibido como premio a su labor el diploma de médico en junio de 1917. En el Medical College of Virginia, al igual que muchos otros estudiantes de nuestra humilde tierra en otras universidades americanas supo poner muy en alto el nombre de nuestro país, demostrando entre los compañeros de estudio su preparación, su inteligencia y su laboriosidad, graduándose con notas sobresalientes que figuraron entre las más altas de su clase. Es así como se hace verdadera obra patriótica, as así como se demuestra en el extranjero la preparación intelectual de nuestra isla.

Regresó a Puerto Rico en 1917, revalidando su título ante el Tribunal Médico Examinador. Casó con Doña María Javiera Benítez Gautier y se trasladó a la república hermana de Quisqueya, donde revalidó su título por segunda vez, ejerciendo allí el santo ministerio de la medicina durante tres años. Allí nació el primer fruto de esta unión, María Audina (Mimiya). Más tarde, de vuelta ya en Puerto Rico, nacieron Eva y por último, Ramón Miguel. Regresó a San Juan en el 1920, habiendo practicado su profesión entre nosotros desde aquella época.

En el 1921 fué nombrado Médico Clínico de los Hospitales Municipales de San Juan, cargo que ocupó hasta el 1924. En el 1928 volvió a ser nombrado para el mismo puesto que aún ocupa.

En el 1925 fué electo Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico, cargo que desempeñó hasta el 1928 en que fué exaltado a la Presidencia de nuestra Asociación, donde laboró y trabajó con todo el entusiasmo de que es capaz, hasta el 1930.

Sus ejecutorias como Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico son bien conocidas por todos los médicos de Puerto Rico.

Por primera vez en la historia de nuestra Asociación se invitaron médicos extranjeros para venir a tomar parte en nuestras Asambleas científicas. La celebración de Asambleas Médicas en cada uno de los distritos de la Isla, que han servido de lazo de unión entre los médicos de Puerto Rico y han realzado nuestro nivel científico, fué una idea nacida de su mente creadora. Son las Asambleas de Distrito una de las actividades de más trascendencia e importancia en nuestra colectividad.

Acometió con el ímpetu y empeño característico de nuestra juventud, la erección de nuestro edificio, de nuestra casa, y lo entregó terminado para celebrarse en él la Asamblea Médica de diciembre del año 1929.

El Dr. Suárez se dedica especialmente en su profesión a la pediatría y a la inmunología. Tomó cursos post-graduados en enfermedades de los niños en la Escuela Post-Graduada de New York y cur-

sos en la inmunología del asma en el Hospital Francés y en el Hospital de la Ciudad de New York. Pone especial atención y cariño en aquella rama de la medicina que abarca el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños.

La mano cruel del destino, no contenta con que en nuestra vida todo sean éxitos y triunfos, puso una espina en su corazón, que él ha sabido llevar estóicamente y que le ha guiado a hacer el bien a manos llenas en nuestra colectividad. En 1928 inauguró y abrió las puertas de una hermosa Clínica, situada en la Avenida de Diego de Santurce, a la cual dió el nombre de su querida hijita Mimiya, a quien el buen Dios llamó a su lado el 31 de Agosto de 1924. ¡Ironías de la vida! La muerte arrebataba de los brazos de sus padres a aquella tierna criatura en el día del santo del Dr. Suárez.

En la Clínica Mimiya y en recuerdo de su hijita tiene constantemente dos camas a la disposición de dos niños pobres para ser tratados gratuitamente en dicha institución.

El Dr. Suárez es Profesor Asociado de Medicina Tropical de la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico. Actualmente es miembro de la Junta Insular de Sanidad de Puerto Rico. En donde quiera que se labora por el bienestar y el engrandecimiento de nuestra clase allí encontramos al Dr. Suárez, desplegando sus actividades y dándonos sus consejos.

Es el Dr. Suárez uno de los más altos exponentes del movimiento médico-científico actual en nuestra Isla. Sus trabajos científicos han hecho época en nuestras Asambleas Médicas y han prestigiado las páginas de nuestro Boletín y las del Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine. Ha tenido siempre como orgullo, y esto debe servir de ejemplo a muchos de nuestros compañeros, el que sus trabajos, no importa el valor de ellos, sean publicados en nuestro Boletín con preferencia a cualquier otra revista. Sus trabajos le colocan, indiscutiblemente, entre nuestros primeros clínicos. Entre sus más importantes publicaciones, enumeramos las siguientes:

Tratamiento moderno del Asma Branquial.
Estudio preliminar del Asma, Hay Fever y otras condiciones alérgicas en Puerto Rico.
Alimentación Infantil; el uso de la leche de raca con ácido láctico y caro.
Study of Lobar pneumonia in Puerto Rico.
Herencia y profilaxis del Asma.
Schistosomiasis of the lung simulating bronchial Asthma.
Tratamiento del Esprú y el uso del extracto acuoso de hígado en su anemia.
Non infectious hyperthermias in Children.
La Fiebre Hemoglobinúrica en Puerto Rico.
Histamina y Secreción gástrica en algunas enfermedades.

Su obra cumbre, la de acometer la erección de un edificio y entregarlo terminado con sólo una deuda de $1,000 en el corto período de un año; esa obra representada por el majestuoso edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico que se levanta en la Avenida Fernández Juncos, parada 19, perdurará a través de los años como un testimonio imperecedero de su labor.

También perdurará en nuestra memo-

ria el párrafo final de su discurso del día 7 de julio de 1929, al colocar la primera piedra del edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, acto inolvidable, al cual concurrió la gran mayoría de los médicos de Puerto Rico, entre los cuales estaban las nobles figuras, ya desaparecidas de José Gómez Brioso y Santiago Veve Calzada.

"La juventud pasa aturdida y veloz y un día, el mañana que está ahí, bien cerca de nosotros, nos sorprende con un alerta, como diciéndonos, aquí estamos, ya hemos llegado. Es la vejez con sus amarguras, es la muerte misma, felices si podemos decirle serenamente: Hemos llegado y hemos cumplido con nuestro deber y con nuestra conciencia, y dejamos como un tributo a las futuras generaciones lo que se condensa en este momento, todas las energías presentes, todas las luchas pasadas, para representar en una casa los ideales triunfantes de la Asociación Médica de Puerto Rico."

OSCAR COSTA MANDRY.

DOUBLE UTERUS AND VAGINA WITH GESTATION AND LABOR ON BOTH SIDES

REPORT OF A CASE ENCOUNTERED IN PORTO RICO (*)

M. Díaz García.

Reports of double genital organs are not so infrequent, but cases of double uterus of normal size and function are very rarely found in the medical literature.

The extreme rarity of the following case of double uterus and vagina discovered accidentally in San Juan has led us to present it herewith.

Report of a case.

Mrs. X Case History No. 4716. C. D. G.

Complaint.

Patient came to us upon the recommendation of her family physician for a complete gynecological examination.

Past History.

White married female thirty years old. Has had six children without any difficulties. The first child was born after a prolonged labor, it was a normal infant, but died shortly afterwards. The expulsion of the placenta was considerably delayed. A physician was not called in. The last five labors have been normal, the last one took place one year ago.

For the previous ten months she has been troubled with severe backache. At times she has had attacks of diarrhea which lasted five or six days. Lately she has noticed a slight vaginal discharge.

Menstruation is generally not painful, at times lasts as long as six days and is rather profuse.

All pregnancies have been normal.

Neither the patient nor her husband has noticed any sexual abnormalities.

Physical Examination.

A female of rather delicate built up, weighs ninety pounds and is 58 inches tall. The weight has usually been about one hundred pounds.

The physical examination did not reveal anything of importance.

Gynecological examination.

Both labia mayora are normal in appearance and position. Upon separating the labia one notices two distinct vaginal orifices separated from one another by a thick well defined septum which extends from the urethra to the fourchette.

A bimanual examination reveals a definite uterus of normal size on each side with its corresponding tube and ovary which are also distinctly felt.

Examination by means of a speculum shows a hypertrofied cervix with ectropium and antero lateral old laceration scars on the right side and a slight hypertrophy of the cervix with ectropium and antero medial laceration scars on the left. The two vaginas are entirely

(*) Presented at the Annual Meeting of the Guayama District Medical Association held at Cayey on october 25, 1931.

From the Surgical Department of the Clinica Díaz García, of Santurce, P. R.

separated from one another by a definite septum.

Examination of the perineum reveals a blind anal dimple. The anus opens at the fourchette. (See fig. No. 1) Prolapsed hemorroids present.

X rays were taken after filling both uterine cavities with lipiodol. Figs. 2 and 3 show the two distinct uterine cavities and one tube on each side.

Resumé.

The case is that of a woman with double uterus and vagina who has born children from both sides. There is an abnormal anal exit. The patient ignored the fact of the abnormality found.

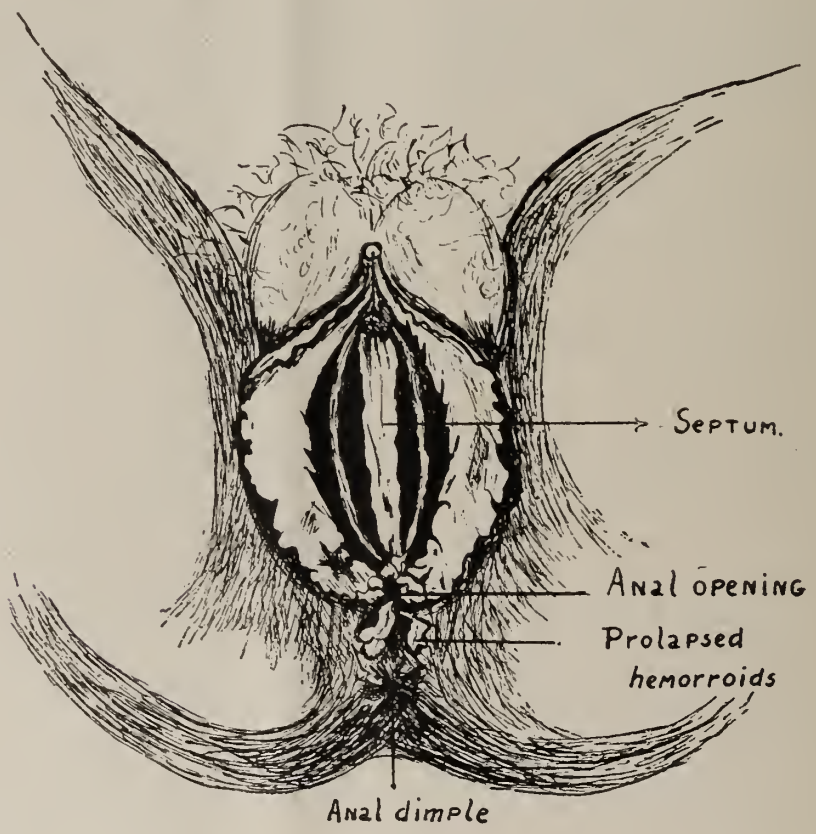
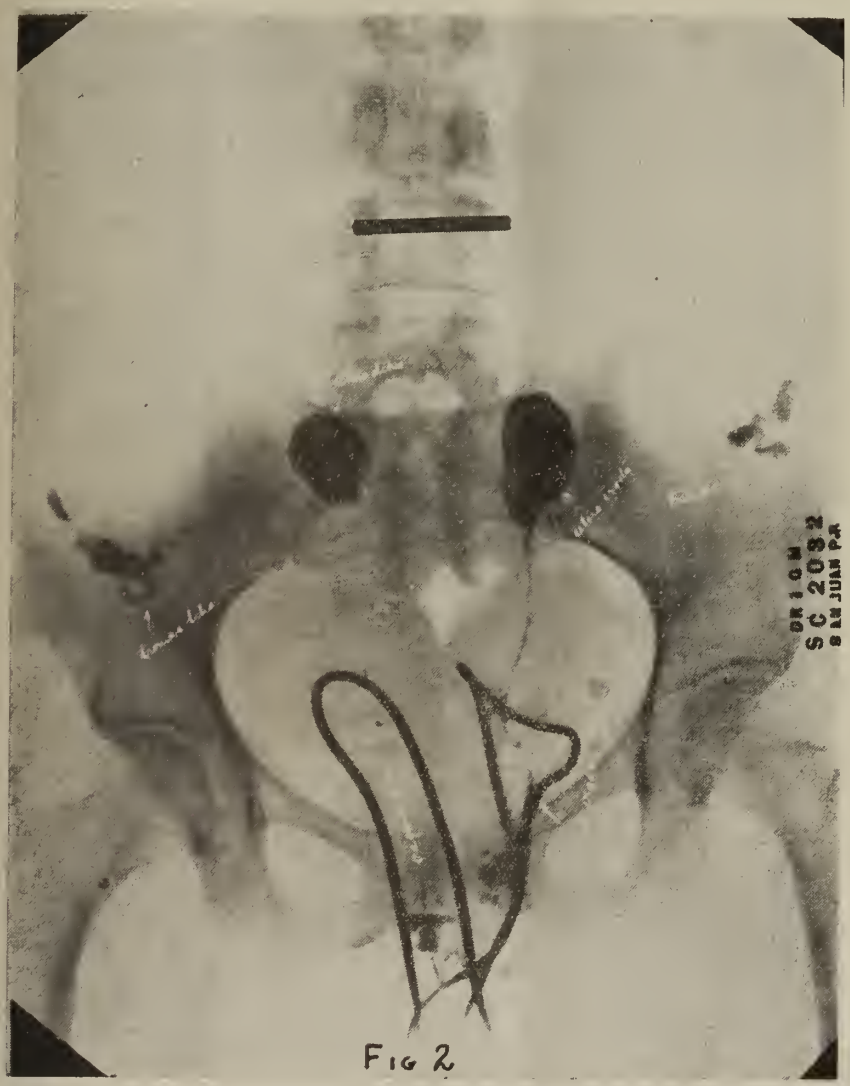
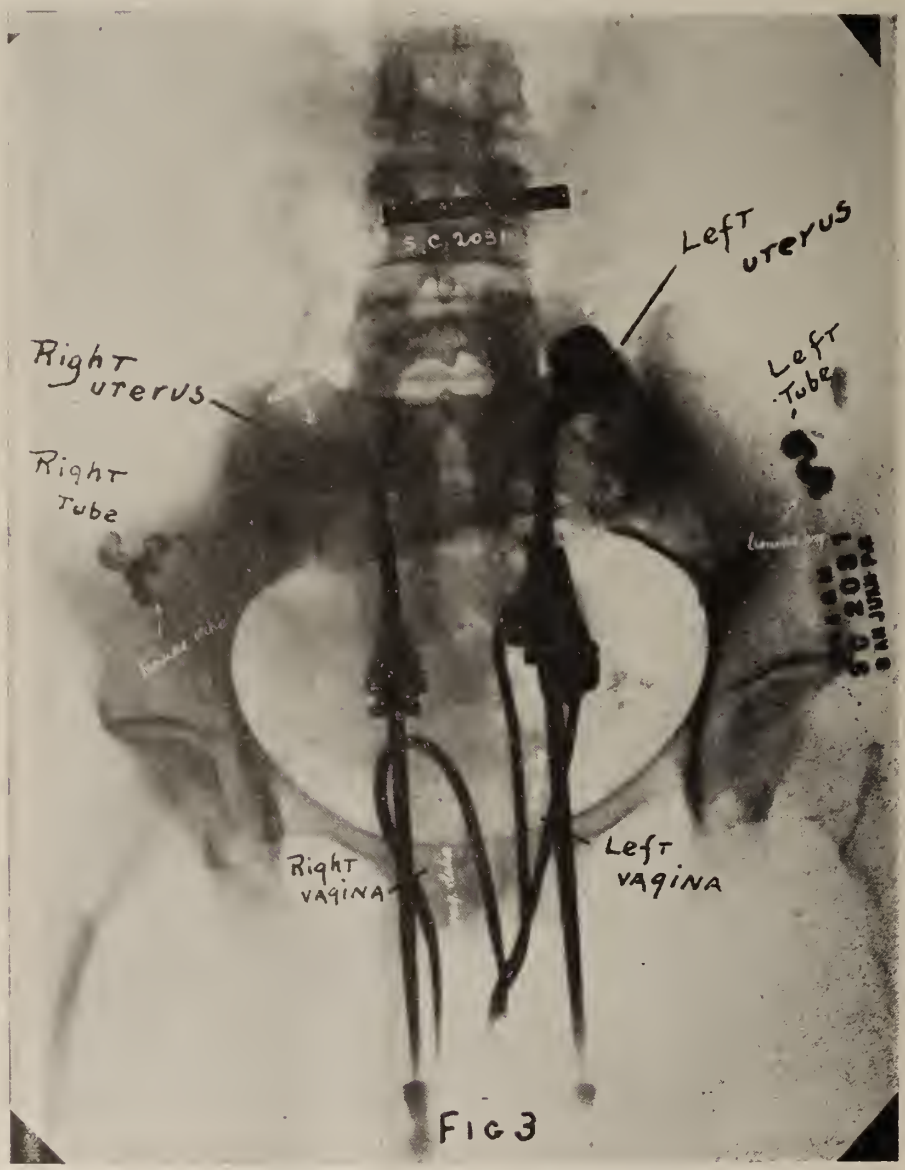


Fig 1.



X ray picture taken after each uterine cavity was filled with lipiodol. A speculum appears in each vaginal cavity.



Speculum and inyecting syringe in each vaginal cavity. **Each uterine cavity is filled with lipiodol.**

ANNUAL REPORT OF THE BUREAU OF VITAL STATISTICS (*)

MANUEL A. PEREZ.

Realizing the importance of vital statistic in any public health organization, and considering the necessity of improving our methods of collecting, adjusting and analizing the data regarding vital phenomena, the Commissioner of Health requested in 1929 from the International Health Board of the Rockefeller Foundation a fellowship to send the Chief of the Bureau of Vital Statistics of the Department to the United States to study the most modern methods employed at present in this branch of science, with a view to reorganize the Bureau. The Board accepted the suggestion and the fellowship was awarded for a period of nine months, beginning October 1st, 1929, which was afterwards extended to cover a period of one year, ending September 26, 1930.

During this period of time the Chief of the Bureau was engaged in the following activities:

He spent the academic year, 1929-30, in the School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins University, at Baltimore, Md., where he took and satisfactorily approved various courses on the theory of statistics and statistical methods together with several other complementary courses in Bacteriology, Epidemiology and Public Health Administration.

At the completion of his studies in the University, he covered the following program which was arranged by the International Health Board of the Rockefeller Foundation as his summer assignment.

June 2 to 7. Richmond, Va., State Department of Health, Bureau of Vital Statistics.

June 9 to Aug. 2. Montgomery, Ala., State Department of Health, Bureau of Vital Statistics.

Aug. 5 to Sept. 20. Albany, N. Y., State Department of Health, Bureau of Vital Statistics.

Sept. 22 to 25. New York City, Metropolitan Life Insurance Co., Satistical Division.

In all these places the existing organization was studied and he personally took part in all the activities which at the time of his visit were being carried on. Special consideration was given to the administrative phases of the work as well as to the technical phases. Among the latter were the classification and analysis of fatal accidents, the classification and analysis of occupational statistics, as related to causes of death, and special statistical problems and investigations on Infant Mortality, Tuberculosis, Influenza, etc.

Upon his arrival in Porto Rico on September 29, 1931, the Chief of the Bureau rendered a report of his trip in which he made, among others of minor importance, the following recommendations:

1.—That the standard form of certificate for births and deaths be adopted;

2.—That an Insular System of Vital Statistics be created by submitting to the Legislative Assembly of Porto Rico a bill embracing the principles of the Model Law for the Registration of Births and Deaths, now in effect in all the states admitted into the Registration Area for Births and Deaths of the United States, with such

(*) Abstract of Annual report (1930-31) of the Chief of the Bureau of Vital Statistics of the Department of Health to the Hon. Commissioner of Health of Porto Rico.

modifications, as might be deemed advisable, to adapt the same to local conditions;

3.- That the mechanical equipment necessary for the treatment of the data gathered by local registrars be acquired

It is a matter of great satisfaction to report that the above recommendations having been accepted, the same have been carried out as follows:

(a) The standard certificates for births and deaths were adopted and have been in use since January 1st, 1931, by disposition of the Commissioner of Health.

(b) The Legislature approved on April 22, 1931, Act No. 24, "Providing for the registration of Births, Marriages and Deaths, and for other purposes" to take effect ninety days after its approval. This statute places the control of local registration under the jurisdiction of the Department of Health, thereby enabling the Bureau to render more efficient service.

(c) Budgetary provisions were made available to enlarge the clerical force and to install a system of punching, sorting and tabulating machines.

The Bureau is now being reorganized and by next year it is expected to be functioning with a high degree of efficiency.

REPORTS BY CALENDAR YEARS.—

To render the statistics of Porto Rico strictly comparable with those of other countries it has been deemed proper to present this report for calendar year 1930, and to continue from now on preparing the annual statistical reports by calendar years, thus doing away with the previous practice of preparing such reports on the fiscal year basis. To facilitate comparisons, rates for the most important data have been computed for a number of years.

POPULATION.—

The population of Porto Rico, estimated as of July 1st, 1930, is 1,550,051, or an increase of 6,138 since April 1st, 1930, when the last census was taken.

BIRTHS.—

There were 54,574 births registered in 1930, as against 52,468 in 1929 and 56,708 in 1928. The birth rates per 1000 population, for the three years given, are: 35.2 for 1930; 34.4 for 1929 and 37.7 for 1928.

The classification of the births registered during the year, by sex, color, social condition and residence, is as follows:

Sex	Number	Per Cent
Male	28,078	51.4
Female	26,496	48.6
Color		
White	42,014	77.0
Colored	12,560	23.0
Social Condition		
Legitimate:	43,131	79.0
White	34,351	79.6
Colored	8,780	20.4
Illegitimate:	11,443	21.0
White	7,663	67.0
Colored	3,780	33.0
Residence		
Urban:	12,639	23.2
Male	6,453	51.0
Female	6,186	49.0
Rural:	41,935	76.8
Male	21,625	51.6
Female	20,310	48.4

The following table shows the absolute number of births and the birth rate by calendar years, from 1911 to 1930:

BIRTHS AND BIRTH RATES PER 1000 POPULATION, 1911 to 1930.

Years	Births	Rate per 1000 Population
1911	37,692	33.0
1912	40,708	35.1
1913	42,994	35.5
1914	47,578	39.8
1915	45,268	37.2
1916	43,360	35.1
1917	44,396	35.4
1918	52,003	40.9
1929	46,285	35.9
1920	50,416	38.4
1921	51,190	38.3
1922	50,830	37.4
1923	51,162	37.0
1924	53,876	38.3
1925	53,059	37.1
1926	56,675	39.0
1927	50,746	34.3
1928	56,708	37.7
1929	52,468	34.4
1930	54,574	35.2

STILLBIRTHS AND STILLBIRTH RATES PER 1000 TOTAL BIRTHS 1911 to 1930

Year	Stillbirths	Rate per 1000 Total Births
1911	3,085	75.6
1912	3,484	78.8
1913	3,585	77.0
1914	3,665	71.5
1915	3,578	73.2
1916	3,624	77.1
1917	3,784	78.5
1918	4,281	76.1
1919	3,996	79.5
1920	4,165	76.3
1921	4,680	83.8
1922	4,787	86.1
1923	4,925	87.8
1924	4,908	83.5
1925	4,741	82.0
1926	5,168	83.6
1927	4,971	89.2
1928	5,470	88.0
1929	5,095	88.5
1930	5,089	85.3

STILLBIRTHS.—

The number of infants who were dead at the time of birth was 5,089 in 1930; in 1929 it was 5,095 and in 1928 it reached 5,470. The stillbirth rate is 85.3 per 1000 total births (including stillbirths) in 1930; 88.5 per 1000 total births in 1929 and 88.0 per 1000 total births in 1928.

The stillbirth rate has been increasing steadily since about 1911, as may be seen by consulting the following table:

MARRIAGES.—

Marriages in 1930 numbered 9,961, or 19,922 persons married, the marriage rate being 12.8 persons married per 1000 population. The corresponding figures for 1929 and 1928 are 16,606 persons married and a marriage rate of 10.9 for 1929 and 18,778 persons married and a marriage rate of 12.5 for 1928.

A table showing the absolute number of persons married and the marriage rates for calendar years 1911 to 1930 follows:

MARRIAGES AND MARRIAGE RATES PER 1000 POPULATION
1911 to 1930

Years	Marriages	Rate per 1000 Population
1911	19,681	17.2
1912	17,540	15.1
1913	15,814	13.4
1914	14,902	12.4
1915	13,358	11.0
1916	14,750	12.0
1917	21,560	17.2
1918	25,008	19.6
1919	16,402	12.7
1920	18,032	13.7
1921	16,356	12.2
1922	16,314	12.0
1923	19,000	13.7
1924	18,942	13.4
1925	19,632	13.7
1926	20,748	14.2
1927	20,468	13.8
1928	18,778	12.5
1929	16,606	10.9
1930	19,922	12.8

DEATHS.—

The death rate for 1930 is the lowest one ever recorded in Porto Rico, computed by calendar year. The absolute number of deaths is 28,870 and the death rate is 18.6 per 1,000 population.

This low death rate is, in part, a consequence of the very high death rates recorded during the years 1928 and 1929, as a result of the hurricane of September 13, 1928, and its sequelæ. It would not be surprising that the death rate for 1931 would be somewhat higher than in 1930, in spite of the vigorous measures being carried out. The lives of a rather large number of sick persons who normally would have lived longer, were shortened by the poverty and hardships resulting from the hurricane, thus leaving a smaller number of persons exposed to the risk of dying the next following year.

Following is a table of the number of deaths recorded and the death rates from 1911 to 1930, both inclusive:—

DEATHS AND DEATHS RATES PER 1,000 POPULATION
1911 to 1930

Years	Deaths	Rate per 1000 Population
1911	26,579	23.3
1912	27,152	23.4
1913	23,307	19.8
1914	22,343	18.7
1915	25,115	20.7
1916	29,491	23.9
1917	38,675	30.9
1918	39,299	30.9
1919	30,570	23.7
1920	29,918	22.8
1921	30,015	22.5
1922	29,666	21.8
1923	27,143	19.6
1924	27,332	19.4
1925	33,519	23.4
1926	32,946	22.6
1927	30,503	20.6
1928	35,467	23.6
1929	38,534	25.2
1930	28,870	18.6

To show the difference between the number of deaths and the death rates computed by fiscal years, as compared with calendar years, a table is presented giving the number of deaths and the revised death rates for fiscal years 1910-11 to 1930-31.

DEATHS AND REVISED DEATH RATES PER 1,000 POPULATION 1910-11 to 1930-31

Fiscal Years	Deaths	Rate per 1000 Population
1910-11	26,579	23.5
1911-12	27,037	23.0
1912-13	26,034	22.2
1913-14	21,775	18.3
1914-15	23,664	19.6
1915-16	26,572	21.7
1916-17	34,939	28.0
1917-18	35,016	27.7
1918-19	40,504	31.6
1919-20	29,191	22.4
1920-21	30,066	22.7
1921-22	30,085	22.3
1922-23	28,231	20.7
1923-24	25,819	18.5
1924-25	31,611	22.3
1925-26	31,592	21.9
1926-27	33,512	22.9
1927-28	29,682	19.9
1928-29	40,890	27.0
1929-30	32,901	21.1
1930-31	29,882	19.4

The number of deaths and death rates by important causes, occurring from 1926 to 1930, inclusive, are shown in Table 3.

It is gratifying to note that most of the rates for 1930 are lower than the rates registered in 1927, which was a year of low mortality and the last *normal* year before the hurricane of Sept. 13, 1928. The only exceptions are bronchopneumonia and pneumonia, with increases of 4.9 and 6.7 per 100,000 population respectively, the group of external causes which, as a whole, increased 2.7 per 100,000 population; tuberculosis (all forms) increasing 10.6 per 100,000 population; diseases of the heart (all forms), increasing 11.1 per 100,000 population and dysentery and septicemia with negligible increases of 0.4 and 0.5 per 100,000 population respectively.

On the other hand, very important reductions, as compared with 1927, have been recorded in some other causes as shown in Table 1.

SPECIFIC DEATH RATES FOR AGE.

Considering that specific rates are the best measures of mortality, a table is presented giving the age specific death rates for the years 1926-1930, by groups of ages up to 30 years. Unfortunately our classification of deaths by ages for those years was made at intervals of 10 years from 30 up (30 to 39; 40 to 49, etc.) while the available census population ages are at intervals of 10, from 35 years up (35 to 44; 45 to 54, etc.) it being difficult to group deaths in the same way to compute the specific rates, unless they were totally reclassified. Though incomplete, the table is nevertheless worthy of study as it throws some light on the fluctuations in the different death rates for the various ages during the quinquenial period 1926-1930.

(See Table 2)

(*) From 1918 to 1925 it seems to have been the practice to close the books on the second or third week of June, transferring the deaths of the remainder of the month to the following month of July. The data for these years have been corrected accordingly to adjust the number of deaths corresponding to each fiscal year.

TABLE 1

INT. LIST No.	CAUSE OF DEATH	Decrease per 100,000 Population
113	Diarrhea and Enteritis (under 2 years)	75.5
164	Senility.	26.0
128-129	Nephritis (acute and chronic). . . .	22.4
99-abcd	Bronchitis (all forms)	21.1
115	Uncinariasis	18.4
1-Ab	Typhoid fever	12.0
160	Congenital Debility	11.2
5	Malaria.	7.4
38	Syphilis	5.3
71-A	Simple Meningitis	5.1
29	Tetanus	4.7
146	Puerperal Septicemia	3.7(*)
91-B	Arterio-Sclerosis	3.5
114	Diarrhea and Enteritis (2 yrs and over)	3.1
43-49	Cancer	2.9
11-Ab	Influenza	2.6

(*) The rates from puerperal septicemia computed by 10,000 total births are 25.0 in 1930 as against 35.2 in 1927 or a decrease of 10.2 per 10,000 total births.

TABLE 2

DEATHS AND SPECIFIC DEATH RATES PER 1000 POPULATION BY AGES 1926 to 1930.

	1930		1929		1928		1927		1926	
AGES	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate
		(*)								
Under 1 year.....	6878	126.0	8427	160.6	9492	167.4	7661	151.0	8994	158.6
1 to 4 years.....	5396	29.5	7743	42.9	7011	39.4	5892	33.5	6663	38.4
5 to 9 years.....	1434	6.4	2115	9.6	1608	7.4	1062	4.9	1290	6 0
10 to 14 years....	599	3.0	847	4.3	784	4.0	783	3.1	770	4 1
15 to 19 years....	1162	6.2	1454	8.0	1300	7.4	1235	7.2	1420	8 5
20 to 24 years....	1738	11.6	2210	15.0	1788	12.3	1591	11.1	1634	11.5
25 to 29 years....	1369	13.7	1780	17.8	1483	15.0	1524	15.4	1633	16.6
30 years and over	10294	22.3	13958	30.8	12001	26.8	10752	24.4	10542	24.4

(*) Rates under one year per 1000 living births

INFANT MORTALITY.—

Deaths of infants under one year of age numbered 6878 in 1930. This number is lower than that registered in 1929 (8427) by more than fifteen hundred, and lower than in 1928 (9492) by more than twenty-five hundred. The infant death rates were 126 per 1000 living births in 1930; 161 per 1000 living births in 1929 and 167 per 1000 living births in 1928.

Like the general death rate, the rate of infant mortality for 1930 (126) is the lowest one ever recorded.

A table showing the number of deaths of infants under one year of age and infant death rates per 1000 living births, from 1911 to 1930, follows:

Deaths of Infants Under One Year of Age and Infant Mortality Rates per 1000 Living Births, 1911 - 30.

Year	Living Births	Deaths Under one year	Infant Mortality Rate per 1000 Births
1911	19,257	3256	169(*)
1912	40,708	6674	164
1913	42,994	5717	133
1914	47,578	6460	136
1915	45,268	6679	148
1916	43,360	7435	171
1917	44,396	8679	192
1918	52,003	7678	148
1919	46,285	6859	148
1920	50,416	7851	155
1921	51,190	7771	152
1922	50,830	7961	157
1923	51,162	6666	130
1924	53,876	7223	134
1925	53,059	8537	161
1926	56,673	8994	159
1927	50,746	7661	151
1928	56,708	9492	167
1929	52,468	8427	161
1930	54,574	6878	126

(*) 6 months.

The proportion of infant deaths to total deaths has been as follows during the last five years:

Year	Total Deaths	Infant Deaths	Per Cent.
1926	32,946	8994	27.3
1927	30,500	7661	25.1
1928	35,467	9492	26.8
1929	38,534	8427	21.8
1930	28,874	6878	23.8

Table 3 shows the number of infant deaths and the infant death rates from important causes, from 1926 to 1930 inclusive. The reduction in most of the rates for 1930, as compared not only with those for 1929 and 1928, but also with those for 1927, which is the last normal year, is worthy of notice. (See table 3)

MATERNAL MORTALITY.—

Deaths from puerperal causes (No. 143 to 150 of the International List of Causes of Death) numbered 337 as against 457 in 1929 and 417 in 1928. The rates of maternal mortality are 56.4 per 10,000 total births in 1930; 79.4 per 10,000 total births in 1929 and 67.1 per 10,000 total births in 1928.

Deaths and death rates from puerperal septicemia alone are 149 deaths and a death rate of 25.0 per 10,000 total births in 1930; 221 deaths and a death rate of 38.4 per 10,000 total births in 1929 and 197 deaths and a death rate of 31.6 in 1928.

Table 4 shows the number of deaths and the death rates in detail for the different puerperal causes and for the whole group as well, from 1926 to 1930.

TABLE 3

DEATHS OF INFANTS UNDER ONE YEAR OF AGE AND INFANT DEATH RATES PER 1000 LIVING BIRTHS FROM IMPORTANT CAUSES, 1926 to 1930.

CAUSES OF DEATH	1926		1927		1928		1929		1930	
	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate
Malaria	373	6.9	341	6.7	370	6.5	269	5.1	270	4.9
Measles	26	.4	32	.1	1		25	.5	12	.2
Whooping Cough	46	.8	96	1.8	133	2.3	56	1.0	56	1.0
Diphtheria	21	.4	26	.5	17	.3	22	.4	9	.2
Influenza	17	.2	18	.4	77	1.4	23	.4	15	.2
Dysentery	23	.4	10	.2	93	1.6	53	1.0	16	.2
Tetanus	587	10.3	435	8.6	517	9.1	330	6.2	378	6.9
Tuberculosis (all forms)	31	.5	33	.7	45	.8	27	.5	36	.6
Syphilis	90	1.6	148	3.0	167	2.9	119	2.2	110	2.0
Simple Meningitis	113	2.0	119	2.3	110	1.9	91	1.7	63	1.1
Infantile Convulsions	34	.6	19	.4	10	.2	15	.2	15	.2
Acute Bronchitis	815	14.4	638	12.6	784	13.8	670	12.8	492	9.0
Bronchopneumonia	517	9.1	567	11.2	685	12.0	584	11.1	537	9.8
Pneumonia	264	1.6	209	4.1	275	4.8	191	3.6	273	5.0
Diarrhea and Enteritis	2813	50.7	2666	52.5	3347	59.0	3110	59.3	2246	41.1
Uncinariasis	11	.2	7	.1	5	.1	19	.4	5	.1
Diseases due to other intestinal parasites	20	.4	12	.2	10	.2	9	.2	5	1
Acute Nephritis	137	2.4	131	2.6	149	2.6	133	2.6	104	1.9
Congenital Malformations	85	1.4	66	1.3	113	2.0	91	1.8	85	1.6
Congenital Debility, icterus and sclerema	1833	32.3	1410	27.8	1777	31.3	1633	31.1	1305	23.9
Other diseases peculiar to Early Infancy	242	4.2	252	5.0	325	5.7	299	5.6	296	5.4
Lack of Care	5	.1	19	.4	3		11	.2	38	7
All other Causes	861	15.2	436	8.6	479	8.4	647	12.3	512	9.4
TOTAL	89.4	158.7	7661	151.0	9492	167.3	8427	160.6	6878	126.0

TABLE 4

DEATHS AND DEATH RATES FROM DISEASES OF THE PUERPERAL STATE PER 10,000 TOTAL BIRTHS, 1926 TO 1930.

	CAUSES OF DEATH	1926		1927		1928		1929		1930	
		Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate
143ac	Abortion & Other Accidents of Pregnancy	7	1.1	9	1.6	1	.2	11	1.9	5	.8
144	Puerperal Hemorrhage	83	13.4	73	13.1	83	13.3	77	13.4	68	11.4
145ac	Cesarean Section and Other Accidents of Labor	17	2.7	10	1.8	44	7.1	35	6.1	39	6.5
146	Puerperal Septicemia	219	35.4	196	35.2	197	31.6	221	38.4	149	25.0
147	Puerperal Phlegmasia Alba Dolens, Embolus Sudden Death	6	1.0	2	.3	3	.4	2	.3	3	.5
148	Puerperal Albuminuria and Convu'sions	66	10.6	49	8.8	77	12.4	106	18.4	67	11.2
149	Following Childbirth (not otherwise defined)	39	6.3	25	4.4	12	1.9	5	.8	6	1.0
	TOTAL	437	70.6	364	65.3	417	67.1	457	79 4	337	56.4

TABLE 5

PUERTO RICO.—Deaths and Death Rates per 100,000 Population, from certain important causes, by Calendar Years, 1926 to 1930.

INT. LIST No.	CAUSE OF DEATH	1926		1927		1928		1929		1930	
		Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate	Deaths	Rate
113	Diarrhea and Enteritis (under 2 years	4011	275.7	3999	270.5	4721	314.3	4343	284.6	3022	195.0
114	Diarrhea & Enteritis (two years and over	1752	120.4	2001	135.3	2579	171.7	3814	249.9	2049	132.2
5	Malaria	2040	140.2	1910	129.2	2166	144.2	2105	137.9	1887	121.8
160	Congenital Debility . . .	1833	126.0	1410	95.4	1777	118.3	1633	107.0	1305	84.2
99-abcd	Bronchitis (all forms) . .	1429	98.2	1164	78.7	1389	92.5	1234	80.9	892	57.6
16-abc	Dysentery (all forms) . .	150	10.3	91	6.2	415	27.6	511	33.5	102	6.6
164	Senility	1587	109.1	1420	96.0	1465	97.5	1633	107.0	1085	70.0
128-129	Nephritis(acute&chronic)	2061	141.7	2310	156.2	2513	167.3	3138	205.6	2074	133.8
100-A	Broncho-pneumonia . . .	1331	91.5	1375	93.0	1768	117.7	1922	125.9	1518	97.9
1-Ab	Typhoid fever.	307	21.1	303	20.5	463	30.8	222	14.5	132	8.5
29	Tetanus	171	52.6	548	37.0	712	47.4	469	30.7	501	32.3
101-Ab	Pneumonia (all forms) .	1183	81.3	1019	68.9	1262	84.0	1096	71.8	1171	75.6
91-B	Arterio-Sclerosis	292	20.0	317	21.4	465	31.0	446	29.2	278	17.9
165-203	External Causes.	791	54.4	731	49.4	905	60.2	678	44.4	807	52.1
115	Uncinariasis.	753	51.8	623	42.1	598	39.8	769	50.4	367	23.7
146	Puerperal Septicemia . .	219	15.0	196	13.3	197	13.1	221	14.5	149	9.6
38	Syphilis	194	13.3	279	18.9	289	19.2	275	18.0	211	13.6
31-37	Tuberculosis (all forms) .	3618	248.7	3734	252.6	3925	261.3	4600	301.4	4080	263.2
71-A	Simple Meningitis. . . .	241	16.6	247	16.7	244	16.2	217	14.2	180	11.6
41	Septicemia	226	15.5	247	16.7	299	19.9	303	19.8	266	17.2
11-ab	Influenza	87.	6.0	87	5.9	435	29.0	158	10.4	51	3.3
87-90	Diseases of the heart . .	1287	88.5	1358	91.9	1525	101.5	2022	132.5	1597	103.0
43-49	Cancer	529	36.4	576	39.0	618	41.1	494	32.4	559	36.1

INFORME DEL PRESIDENTE (*)

Por vuestra apreciada benevolencia tengo el privilegio de presidir esta reunión, integrada por los distintos representantes de cada una de nuestras Asociaciones de Distrito. Al cumplir mi deber ineludible como Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico de presidir la Cámara de Delegados, lo hago con sumo placer y con gran honor para mí.

Nuestra Asociación, integrada por hombres dignos y razonables, sólo requerirá de esta Presidencia claridad y libertad de palabra en los asuntos que en ella sean tratados. Que hable el que tenga que hablar y que se le oiga con la devoción que se oye a un representante de nuestra clase, que jamás pensará en otra cosa que en el bienestar de nuestra querida Asociación. Muy de cerca lo hemos sentido antes, aquellos de nosotros que la flecha, no de la maldad, sino del celo, ha herido el punto más céntrico de nuestra dignidad, y así pues, sea nuestra política la que siempre ha tenido nuestra madre Asociación, política suya propia, la de la justicia y la del honor.

Permitidme que antes de entrar en detalles sobre la labor realizada por la actual Directiva durante este año dediquemos unos minutos a la memoria de aquellos compañeros que trabajaron y laboraron en nuestra Asociación por tanto tiempo y que nos han sido arrebatados por la mano cruel del destino. Paz en el cielo y veneración en la tierra a los cuatro compañeros fallecidos en el curso de este año: Santiago Veve Calzada, Manuel Martínez Roselló, José M. Loyola y Eladio Izquierdo.

BENEFICENCIA MUNICIPAL

Es digno del más alto encomio la cooperación, franqueza, galantería y actitud decidida de nuestros sacrificados médicos titulares por el bienestar y engrandecimiento de nuestra clase.

Durante este año hubo conflictos con respecto al sueldo mínimo de los médicos titulares en los pueblos de San Juan, Cataño, Guaynabo, Ponce, San Germán, Yabucoa, Río Piedras y Río Grande. En Río Grande hubo el compromiso formal de respetar nuestro acuerdo pero más tarde se faltó a él, viéndose obligado el buen compañero, Sabás Honoré, a abandonar el cargo de Director de Beneficencia que ejerció a beneplácito de la comunidad durante muchos años. Se le reemplazó por un tal Raldiris, quien no está debidamente autorizado por el Tribunal Médico Examinador para ejercer la profesión en Puerto Rico. Tuvimos la fortuna de dejar solucionados satisfactoriamente todos estos conflictos, a excepción del de Río Grande. El señor Raldiris ha sido denunciado ante el Tribunal Médico Examinador y ante el Fiscal del distrito.

ASAMBLEAS DE DISTRITO

A pesar del decaimiento de espíritu, debido a la crisis económica actual porque atraviesa nuestra Isla, decaimiento que se deja sentir también en la clase médica, pudimos conseguir que se celebrase una Asamblea Médica en cada uno de los distritos.

La primera de estas Asambleas tuvo

(*) Presentado ante la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico el 18 de Diciembre de 1931.

lugar en Fajardo y se llevó a cabo en la residencia del Dr. Santiago Veve Calzada. En Ponce también se celebró una reunión, y permítaseme un paréntesis. Invoquemos el sentimiento de humanos, sino podemos ser fraternos, para que los médicos de aquella localidad cooperen hacia su propio bien para un acercamiento y consigan de este modo que sus derechos sean respetados y sus ambiciones no desfallezcan.

Los distritos de Mayagüez y Aguadilla celebraron conjuntamente la reunión en Mayaguez y los distritos de Arecibo y Guayama celebraron también sus reuniones, la del primero en Vega Baja y la del segundo en Cayey. El programa científico de cada una de estas reuniones fué publicado en la prensa diaria de San Juan y en nuestro Boletín, en el cual consta como record para los años venideros.

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

El día 27 de septiembre se celebró la reunión anual de los distritos de Aguadilla y Mayagüez en esta última ciudad. Por convocatoria del Presidente, se reunió allí la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico. En esa reunión se trataron diversos asuntos, entre ellos el asunto del Tribunal Médico Examinador.

ASOCIACION DENTAL DE PUERTO RICO

A la reunión anual de la Asociación Dental de Puerto Rico que tuvo efecto en los salones de nuestra casa, cedida bondadosamente por la actual directiva, fueron invitados de honor la actual Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico. Al banquete que se celebró por la noche en el Pavillon Bleu comparecieron en representación de la Asociación Médica de Puerto Rico su Presidente y su Secretario y ambos fueron llamados para hacer uso de la palabra y expresaron el sentir de la clase médica de Puerto Rico porque estas dos Asociaciones marchen en armonía y no haya diferencias de ninguna clase entre ellas.

TRIBUNAL MEDICO EXAMINADOR

A iniciativa de la Asociación Médica de Puerto Rico y con la cooperación y endoso de la antigua Junta Examinadora de Médicos, fuimos a nuestra Legislatura a trabajar cerca de los legisladores para que se pasase la actual Ley. Nuestra labor tuvo éxito, encontramos abiertas de par en par las puertas de la Casa Legislativa Insular y allí concurrimos ante los Comités de los cuerpos Legislativos, a veces a la conquista personal de los legisladores y siempre defendiendo los problemas que atañen a nuestra clase. La Ley del Tribunal Médico Examinador garantiza el ejercicio de nuestra profesión, reconociendo nuestro Gobierno, por primera vez en la historia de Puerto Rico, incumbencia a la Asociación Médica de Puerto Rico en asuntos médicos en el futuro. Permitidme reconocer la gratitud que debo a aquellos que laboraron con nosotros y sin cuyos esfuerzos esta Ley, que ya en otras Legislaturas había fracasado, pudo convertirse en realidad.

Es realmente lamentable que algunos médicos que estaban de acuerdo con esta Ley, y que la recomendaban favorablemente, luego se expresasen en la prensa

tildándola de anticonstitucional por el hecho de que dá el privilegio a la Asociación Médica de Puerto Rico para que sea ella, fuera de todo organismo de carácter oficial, la que proponga los candidatos.

Nuestra Directiva, como nuestra Cámara de Delegados, reconoce y desea poner de manifiesto la honorabilidad, capacidad y abnegación de los compañeros que componían la antigua Junta de Médicos Examinadores.

BIBLIOTECA

Entregamos la biblioteca que tan galantemente fué cedida el año pasado por el Dr. Isaac González Martínez, organizada en forma tal, que se hace fácil consultar cualquier libro. En dicha biblioteca hay donaciones también de los Dres. Biamón y Giuliani.

SEGURO MEDICO

En nuestro programa quedó pendiente el aseguro médico y no dudo que será éste una realidad. Sería para el asegurado un beneficio, pero tal parece que nadie quiere ser el primero en depositar su prima.

ANUNCIOS Y RECLAMOS

Aún queda ante nosotros el problema del anuncio profesional. Miembros de nuestra Asociación violan día tras día el acuerdo de esta Cámara de Delegados. Se ha criticado a la actual Directiva por haber tomado medidas tendentes a que se cumpla este acuerdo. Los reclamos de algunos médicos que aún se llaman profesionales son, en fin, anuncios, pero anuncios que como lucran se mantienen por encima de las resoluciones de esta Cámara. Se nos ha tildado en editoriales escritos por médicos en publicaciones no médicas de murmuradores y se nos ha ofendido en nuestra dignidad, simplemente por haber tratado de cumplir un acuerdo de esta Cámara. Dejamos a la consideración de esta Cámara este asunto de vital importancia. Es realmente injusto que unos pocos médicos poco escrupulosos se lucren del anuncio profesional a ciencia y paciencia nuestra y la gran mayoría se perjudique por seguir los acuerdos de nuestra Asociación. Es tiempo de que esta Cámara de Delegados ratifique su acuerdo e imponga a la próxima Directiva el deber de proceder con mano enérgica hacia los médicos que se anuncian y violan la ética profesional.

ASOCIACION MEDICA AMERICANA

Asistimos a la Asamblea Anual de la Asociación Médica Americana que tuvo lugar en la ciudad de Philadelphia durante el mes de junio. También asistió a esta reunión el Delegado de esta Cámara ante la Cámara de Delegados Americana, Dr. J. H. Font, quien os dará un informe detallado de sus gestiones ante dicho Cuerpo y de sus recomendaciones a esta Cámara.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento al Presidente del Comité de Salud Pública, Dr. A. Fernós Isern, por sus recomendaciones al gobierno en bien de nuestra clase. Además nos alegra el hecho de que en todos aquellos problemas de sanidad y beneficencia que están íntimamente relacionados con el médico nos ha brindado la oportunidad de hacer algo. También reconocemos la

gran ayuda a la Asociación Médica con sus recomendaciones al Ejecutivo de Puerto Rico. Queremos expresar que hemos trabajado en completa armonía y hemos recibido toda la cooperación del Departamento de Sanidad y su Jefe.

Trabajamos denodadamente en la Legislatura por la aprobación de la ley del Registro Demográfico y la de Alimentos y especialmente porque se mantuviese el sueldo de los médicos directores de unidades.

OTROS ASUNTOS

Como nota de información queremos anticipar al informe del Tesorero que este edificio, este monumento, cuartillas improvisadas del médico y soñador Ramón M. Suárez, es todo de esta Asociación, habiéndose pagado totalmente y encontrándonos en solvencia. Quiero decir que se ha hecho bastante, que hay mucho más por hacer y debemos sugerir algo de lo más urgente. No desearía entrar en recomendaciones a esta Cámara, tan consciente de nuestros problemas, pero deseo llamar la atención de que nuestro reglamento requiere que los Comités de nuestra Asociación sean nominados por la Cámara. Quizás fué el espíritu de esta reglamentación evidenciar las labores de cada uno de los Comités, lo que es muy conveniente.

Hemos dado pasos para proteger a nuestros médicos de los curanderos y farsantes y tenemos un Tribunal que entiende en estas materias con autoridad.

La marcha está iniciada, que sigan las tropas y no seamos Judas, aunque en reducido número que burlen por egoismo o engañan por lucro. Las medicinas de patente y los reclamos de algunos que aún se llaman profesionales, son, en fin, anuncios, pero anuncios que como lucran se mantienen por encima de nuestras resoluciones.

Ya que de fraude hablamos, por qué no incluímos en ellos el de las compañías de seguros que cobran su prima, pagan al abogado y sus testigos, pero se requiere del médico, así como de los hospitales, la generosidad de atender gratuitamente los accidentados por automóviles. ¡Y saber que esta burla al más sacrificado de los profesionales se multiplica continuamente! Si como médicos somos generosos, como ciudadanos nos exige el decoro, protestar del abuso y exigir ecuanimidad.

Al bajar de esta poltrona solo pienso que en ella he sido un incidente. Mi Dios es mi conciencia y aún aprecio que mi deber no está cumplido, pues a fé de hombre libre rindo tributo a esta Asociación de lazos inquebrantables y como única gloria pido que mi cerebro pueda ver siempre claro la manera más eficaz de ayudarla en todo tiempo.

Manuel Díaz García.

Dic. 1931.

INFORME DEL SECRETARIO (*)

Al ser designado Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico por la Cámara de Delegados en su sesión ordinaria de diciembre de 1930 y hacerme cargo de la Secretaría a principios de enero del año en curso lo hicimos llenos de bríos y entusiasmo, y con el firme propósito de dar a nuestra Asociación toda nuestra cooperación, energía y tiempo, tomando como norma aquellas frases inolvidables de aquel gran estadista americano, ex-presidente de la gran república de Estados Unidos que se llamó Teodoro Roosevelt y que dijo: "TODO HOMBRE DEBE DEDICAR PARTE DE SU TIEMPO AL ENGRANDECIMIENTO Y BIENESTAR DE LA PROFESION EN QUE MILITA"

Brevemente vamos a bosquejar la ardua tarea de la Secretaría de esta Asoción durante el año que termina.

Movimiento en Secretaría.

Número de Médicos en Puerto Rico	384
Número de socios de la Asociación Médica de Puerto Rico durante el año	272
Por ciento de Asociados	70

Estos socios se dividen por distritos. como sigue:

	Médicos asociados	
	No.	%
Distrito de Arecibo	20	76
Distrito de Aguadilla	19	76
Distrito de Humacao	20	57
Distrito de Ponce	35	85
Distrito de Guayama	26	66
Distrito de Mayagüez	29	74
Distrito de San Juan	123	68

Bajas de la Asociación.

Durante el año tuvimos la pena de perder de nuestras filas elementos valiosos que fueron arrebatados por la muerte; entre éstos se encuentran los honorables compañeros siguientes:

Santiago Veve Calzada,
Manuel Martínez Roselló,
José M. Loyola,
Eladio Izquierdo.

Nuevos miembros.

Hicieron su ingreso en la Asociación los siguientes compañeros:

Félix M. Reyes Márquez,
Américo Serra
Leigh Stoeck
S. Torruellas
J. S. Morales
Juan Camacho
Walter C. Earle
A. Bou de la Torre
Eduardo Pérez
Gabriel Pons Moler
Elisa Rivera Díaz.
Luis Bartolomei
Eli S. Rojas
Antonio Acosta Velarde
José Noya Benítez

Presentamos a esta Asamblea, según lo requiere el Reglamento, un tarjetero con los nombres de todos los médicos de Puerto Rico, los asociados y los no asociados; también tenemos el orgullo de poder presentar a esta Asamblea un Directorio Médico completo de Puerto Rico, el cual hemos preparado con la cooperación y ayuda del Negociado de Estadística Demográfica del Departamento de Sanidad de Puerto Rico. Es realmente interesante poder estudiar este Directorio y ver que en Puerto Rico solamente tenemos un promedio de 2.47 médicos por cada diez mil habitantes.

(*) Presentado ante la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico el 18 de Diciembre de 1931.

DIRECTORIO MEDICO DE PUERTO RICO (*)

PUERTO RICO . . . 384 (2.48) 1,543,913

Asociados .. 272 No asociados .. 112

DISTRITO DE AGUADILLA 22

Asociados .. 19 No asociados .. 3

Aguada 1 (0.68) 14,670

GONZALEZ, CARLOS...M
Tesorero, Asoc. Méd. Dtto. de Aguadilla

Aguadilla 6 (2.1) 28,319

* CARDONA, NESTOR DE...C
Echevarría, Arturo.
Giol Texidor, A.
IGARTUA, JOSE E...R
Zamora, Rafael L.
ZAMORA, Pedro J...M
Vice-Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Aguadilla

Añasco 1 (0.70) 14,276

GARCIA DE QUEVEDO, M...M

Camuy 2 (1.2) 16,149

ALUM-PEREZ, JOSE...M
SANCHEZ CASTAÑO, FRUCTUOSO...M

Hatillo 2 (1.23) 16,168

BRUSI ALVAREZ, LUIS...M
GARCIA,HERMINIO D. ...M

Isabela 2 (0.86) 23,068

MELENDEZ, MANUEL...M
VALLECILLO, ARSENIO...M

Las Marías 8,881

Lares 3 (1.09) 27,351

* GONZALEZ, FELIPE J...M
Sec. Asoc. Méd. Dtto. de Aguadilla
LUIGI, JOSE E...M
SEIN, FRANCISCO...M
Pres. Asoc. Méd. de Aguadilla

Maricao 6,463

Moca 17,089

Quebradillas 1 (0.98) 10,190

* SILVA NAVARRO, A...M

Rincón 1 (1.22) 8,178

NADAL-GRAU, J...M

San Sebastián 3 (1.16) 25,691

ARCHE DIAZ, A...M
* MUÑIZ, ANTONIO...M
Delegado Asoc. Méd. de Aguadilla
RODRIGUEZ CANCIO, M...M

(*) **CLAVE**

Nombres en mayúscula—Miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico.

La cifra al lado del pueblo indica:
1.—Tipo negrita...número de médicos.
2.—En paréntesis...número de médicos por cada 10,000 habitantes.
3.—Tipo corriente...población en 1930.

* Fellow de la Asociación Médica Americana.

+ Médicos que no han revalidado su título todavía.

Especialidades (‡ indica práctica exclusiva en la especialidad indicada)

M...Medicina general
C...cirujía
Obs...obstetricia
OL...oftalmología, oto-rino-laringología
NP...neurología-psiquiatría
PH...salud pública
Pat...Patología
R...radiología
A...Análisis clínico
AB...análisis clínico y bacteriología
O...oculista
Tbc...tuberculosis
Proct...proctología
Par...parasitología
Der...dermatología
Ur...urología y sifilología.

DISTRITO DE ARECIBO 26

Asociados .. 20 No asociados .. 6

Arecibo 11 (1.94) 56,525
* ASTOR, MANUEL. ‡---C
Miembro, Tribunal Médico Examinador.
Vice-Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Arecibo
AULET RIVERA, R.---M
CADILLA, ARTURO.---M
COLON, RAFAEL.---C
CURBELO, GUILLERMO.---M
CURBELO, PABLO G.---C
MARQUES, GUILLERMO S.---M
* MENDIN SABAT, J.---M
SANTOS, JULIO A. ‡ --- P H
SUSONI, FRANCISCO. ‡ --- C
Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Arecibo
Vergne Ortíz, Ramon

Barceloneta 1 (0.63) 15,751
* QUIÑONES, J. M.---M

Ciales 1 (0.48) 20,492
VILLAMIL, JOSE R.---M

Dorado 2 (2.63) 7,579
Martínez Rodríguez, J.
Meléndez, Andrés S.

Manatí 5 (2.01) 24,838
MARCHAN, J. S.---M
* OTERO, A.---M
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de Arecibo
RIVERA GARCIA, MARIA ELISA.---M
Vázquez, Rafael
CAMACHO, JUAN.---M

Morovis 1 (0.57) 17,332
TALAVERA, DAMASO.---M

Utuado 3 (0.80) 37,434
* CARRASQUILLO, H. F.---C
Tes. Asoc. Méd. Dtto. de Arecibo
Jordán, Cesar.
Ruiz de Porrás, Francisco.

Vega Baja 2 (0.98) 20,406
* ARMAIZ, J. M.---M
Sec. Ass. Méd. Dtto. de Arecibo
CHAVES, JOSE.---M

Vega Alta 1 (0.81 12,333
CORTES QUINTANA, MANUEL.---M

DISTRITO DE GUAYAMA 39

Asociados .. 26 No asociados .. 13

Aguas Buenas 1 (0.77) 12,885
MUÑOZ DIAZ, G.---M

Aibonito 1 (0.61) 16,361
CANINO, ESPIRIDION.---M

Arroyo 2 (2.43) 8,199
* PALMIERI FERRI, JULIO.---C
MUÑOZ MC CORMICK, CARLOS E.

Barranquitas 1 (0.67) 14,901
Colón Román, J.

Caguas 12 (2.51) 47,728
* BARRERAS, JENARO.---C
Miembro, Tribunal Médico Examinador.
Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Guayama
Bonelli, Francisco.
* FORASTIERI, J.---M
Secretario Asoc. Méd. Dtto. de Guayama
Jiménez, Juan del C.
Lastra Charriez, Juan.
Mercado, Clemente..
NOGUERAS, JUAN J.---M
PRIETO, EZEQUIEL.---M
REQUERO GONZALEZ, J.---M
Rivas, Jaime.
Ruiz Soler, Alejandro.
TORRUELLAS, SEVERO.---M

Cayey 5 (1.73) 28,797
* FONT, J. H.---C
Miembro, Tribunal Médico Examinador.
Delegado a la Asoc. Méd. Americana
GONZALEZ, JOSE.---M
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de Guayama
* NIEVES COLON, J.---M
RIVERA APONTE, PEDRO. ‡ P H
VILLENEUVE, ANTONIO.---C
Tesorero Asoc. Méd. Dtto. de Guayama

Cidra _____ 1 (0.50) 19,662
* RIVERA, RAFAEL___M

Comerío _____ 2 (1.19) 16,715
CASO, HILARIO___M
Umpierre, Artemio.

Guayama _____ 8 (3.38) 23,624
+ Bloise, Francisco.
* BONELLI, PABLO___C
Buitrago, Alejandro.
DOMINGUEZ, TOMAS___M
GARCIA SOLTERO, A___M
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de Guayama
MUÑOZ, JOSE M___M
NOCHERA, DOMINGO___ ‡ P H
PEREZ, EDUARDO R___M

Maunabo _____ 9,081

Patillas _____ 2 (1.41) 14,178
Peña, José.
Rivera Aromi, Virgilio

Salinas _____ 4 (2.58) 15,446
CARDONA, JUAN P___M
* NAVAS-TORRES, A. (Aguirre)___C
Ramírez-Santos, Rafael.
VELEZ, FRANCISCO M (Aguirre)___M

DISTRITO DE HUMACAO _____ 35

Asociados __ 20 No asociados __ 15

Ceiba _____ 7,275

Culebra _____ 847

Fajardo _____ 6 (3.67) 16,321
CARRERAS, MANUEL G. __C
Delegado, Asoc. Méd. Dtto. de Humacao
Matta, E.
RAMOS LEBRON, JOSE___M
RINCON, VICTOR___C
SANCHEZ, LUIS A___M
VEVE CARRILLO, JUAN___M
Delegado, Ass. Méd. Dtto. de Humacao

Gurabo _____ 1 (0.66) 15,095
CAPO, FRANCISCO J___M

Humacao _____ 11 (4.31) 25,466
Bird, Jorge.
* DOMINGUEZ, CESAR___M
Miembro, Tribunal Médico Examinador.
+ Gould, Charis
* MUÑOZ, JUSTO L___C
Mejias, Francisco J.
Murdock, Fred E.
PALOU, PEDRO J___M
PEÑA ALMODOVAR, SERGIO___M
PRESSLY, J. M___M
SEGARRA, ELIAS___M
Watson, James.

Juncos _____ 2 (1.14) 17,469
BARRERAS, JOSE___M
* MUJICA, AGUSTIN___M

Las Piedras _____ 1 (0.77) 12,907
Rivera Rivera, Frank.

Loíza _____ 3 (1.59) 18,762
AUBRAY, JOSE___M
Mundo, Francisco.
Del Río, Juan.

Luquillo _____ 7,799

Naguabo _____ 3 (1.64) 18,212
Dávila, José A.
Ríos, Ramón A.
Rodríguez, Rosario J. M.

Río Grande _____ 3 (2.12) 14,085
HONORE, SABAS___M
González, Luis F.
Zavaleta, M. A.

San Lorenzo _____ 1 (0.42) 23,479
* BOU, ALFREDO___M

Yabuçoa _____ 4 (1.86) 21,914
BERRIOS, M. B. ‡ ___ P H
BERRIOS, VICTOR C___M
Secretario Asoc Méd. Dtto. de Humacao
CINTRON, JULIO___M
VEVE, MIGUEL___M
Pres. Asoc. Méd Dtto. de Humacao

Vieques _____ 1 (0.94) 10,582
* LAUGIER, JUAN___M

DISTRITO DE MAYAGUEZ - - - - - - 39

Asociados -- 29 No asociados -- 10

Cabo Rojo - - - - - - - 3 (1.26) 23,792
Martí, Randolfo.
RAMIREZ, RICARDO....M
Romeu Ortíz, Ernesto.

Guánica - - - - - - - - - 2 (1.95) 10,238
* DUNSCOMBE, W. C....M
García de Quevedo, J.

Guayanilla - - - - - - - 1 (0.76) 13,121
COBIAN, ALVAREZ, J....M

Hormigueros - - - - - - 4,872

Lajas - - - - - - - - - - 1 (0.80) 12,454
RUIZ NAZARIO, R. C....M

Mayagüez - - - - - - - - 20 (3.60) 58,270
ARRARAS, J. E....M
BLANES, A....M
BLASINI, FRANCOIS J....A
CABAN, E. J....Obst.
CASALDUC, F. J.... ‡ P.H.
ESCABI, J....M
GARCIA DE LA TORRE, F....M
GUZMAN, Jr., M....R
Delegado, Asoc. Méd. Dtto. de Mayagüez
Guzmán Rodríguez, Manuel.
LANGE, R. U....M
Lassisse Rivera, A.
LASSISSE SIERRA, LUIS N....C
Manzano, Marcos.
Mora de Nochera, M.
PEREA FAJARDO, P.... ‡ C.
* RAMIREZ CUERDA, T.... ‡ C
RIERA LOPEZ, S....M
RIVERA, F. O....M
Santos, Luis F.
Vadi, Domingo L.

Peñuelas - - - - - - - - 1 (0.75) 13,278
GELPI, WILLIAM....M

Sabana Grande - - - - - 3 (2.52) 11.881
LASSISE-RIVERA, E....M
Tio Malaret, Félix.
TRELLES, LAUREANO....M
Delegado, Asoc. Méd. Dtto. de Mayagüez

San Germán - - - - - - 2 (0.84) 23,768
QUIÑONES, EDGARDO....M
Sec. Asoc. Méd. de Mayagüez
SANABRIA, NICOLAS....M
Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Mayagüez

Yauco - - - - - - - - - - 5 (1.79) 27,787
* ARRACHE, JOSE....M
* RAMIREZ, ARQUELIO....C
Vice-Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Mayagüez
RIVERA, PASCUAL A....M
ROCA, JULIO C....M
* RIGAU, GABRIEL....M

DISTRITO DE PONCE - - - - - - - - - - 41

Asociados -- 34 No asociados -- 7

Adjuntas - - - - - - - - 3 (1.65) 18,075
Aparicio, Hipólito.
BARTOLOMEI, LUIS....M
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de Ponce
GOTAY, JOSE B.... ‡ P H

Coamo - - - - - - - - - - 1 (0.55) 18,125
ORTIZ GUZMAN, GUILLERMO....M

Jayuya - - - - - - - - - 1 (0.81) 12,223
PELEGRINA, MIGUEL....M

Juana Díaz - - - - - - - 1 (0.51) 19,516
CASANOVAS, A. J....M

Orocovis - - - - - - - - 2 (1.24) 16,115
UMPIERRE, RAMON C....M
Crescioni, Domingo A.

Ponce - - - - - - - - - - 32 (3.65) 87,604
AMADEO, JOSE A....Tbc.
BALASQUIDE, L. A....Obs.
CATAING, PEDRO A....M
CLAVELL, LUIS C....M
COSTAS DIAZ, JAIME....M
COSTAS PURCELL, E....M
* DE LA PILA, IGLESIAS, M.... ‡ C
DE JESUS, FRANCISCO.... ‡ C
Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Ponce

GUIJARRO, ANTONIO....Ur.
GOYCO, OSVALDO....M
Consejero, Asoc. Méd. de Puerto Rico
GROLEAU, LUIS M.
Lanauze Rolón, J. A.
LOPEZ NUSA, R.... ‡ C
* MAYORAL JR., ANTONIO....R
MONTALVO GUENARD, J. L....M
OMS, AMERICO....M
* PASALACQUA, LUIS A....‡ C
Pietri, Agustín.
PEREZ MARCHAN, D....Obs.
PONS MOLER, GASPAR....M
* RAMIREZ, RAMON E....‡ P H
RIERA LOPEZ, M....M
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de Ponce
* RODRIGUEZ, CALIXTO....Ur
Salicrup, Pedro J
SANTAELLA, ALVARO....C
SALAZAR, GUILLERMO....Tbc.
+ Santos, Laureano.
SERRA COLON, AMERICO....M
Vice-Pres. Asoc. Méd. Dtto. de Ponce
STOECK, LEIGH....M
Suárez, Florencio.
YORDAN, LUIS A....R

Santa Isabel 1 (1.12) 8,886
VELEZ, MODESTO....M

Villalba 1 (0.84) 11,847
VALLECILLO, ENRIQUE....M

DISTRITO DE SAN JUAN 180

Asociados .. 123 No asociados .. 57

Bayamón 6 (2.37) 29524
Dueño, Manuel.
FOSSAS, M....M
González, Hiram.
MONTALVO GUENARD, A....‡ P.H.
* MORALES RUIZ, J. S....M
RODRIGUEZ, J. C....M

Cataño 3 (3.52) 8,504
Boneta, Fernando P.
FIGUEROA, LEOPOLDO....Obs.
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
QUIÑONES, NORBERTO ALFREDO....M

Carolina 2 (1.06) 18,751
TRILLA, FEDERICO....M
Rivera, Pedro M.

Corozal 1 (0.6) 16,454
Ramírez, Urbano.

Guaynabo 2 (1.48) 13,502
GARCIA, FRANCISCO MARTINEZ....M
JANER, FERNANDO....M

Naranjito 1 (0.85) 11,645
SANTIAGO, J. M....M

Río Piedras 32 (7.58) 40,853
* BERRIOS BERDECIA, RAMON....‡ P.H.
BONETA, LUIS C....M
Carreras, Guillermo.
COLON, RAMON T....M
DAVILA Jr., BASILIO....M
DAVILA, JOSE E....Ur.
FRANCO, J. A....‡ Tbc.
FERNANDEZ GARCIA, E....‡ Tbc.
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
FERNANDEZ, MARIO C....N.P.
Garrido Collazo, J.
García Ubarri, A.
* GARCIA, DAVID E....Tbc.
* GARCIA DE QUEVEDO, LUIS....Tbc.
Janer de Emanuelli, Ana.
JIMENEZ, JOSE D....NP
* JULIA, MARIO....‡ N.P.
Tes. Asoc. Méd. de Puerto Rico
MASSANET, C. L....NP
MARTINEZ RIVERA, E....‡ P.H.
MELENDEZ SANTIAGO, JUAN....‡ P H
Menéndez Mercado, José.

MONSERRATE, DOMINGO N.---M
MONTILLA, JOSE VICTOR.---M
MORALES, LUIS M.---‡ N.P.
PEREIRA LEAL, LUIS.---‡ C
POLANCO GONZALEZ, J.---M
ROURE, VICENTE.---Tbc.
Rodriguez-Emma, Manuel
ROLDAN, AMALIO.---C
* SALIVIA, LUIS A.---M
Soto Rivera, M.
VELEZ LOPEZ, RAFAEL.---C
Zayotita Fernández, J

San Juan. 129 (815) 114,715

Alfaro Díaz, Emilio. Santurce
ALFARO DIAZ, FELIX.---M "
ACOSTA VELARDE, JAIME.---M "
ACOSTA VELARDE, ANTONIO.---M "
AMOROS, GABRIEL.---M
ARBONA, ANTONIO.---M "
ARRUZA, JUAN P.---M "
* ASHFORD, BAILEY K.---M "
Aybar, José Angel. "
Bonelli, F. ,
BOU DE LA TORRE, A.---‡ P.H. "
BARBOSA, GUILLERMO.---‡ C "
* BABCOCK, LEWIS C.---‡OL San Juan
* BELAVAL, JOSE S.---‡Obs Santurce
BERNABE, RAFAEL.---‡ O San Juan
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
BLADUELL, HECTOR.---M San Juan
Bajandas, Juan G. "
Basora Defilló, Juan "
Burtun, Lieut. Otto L. (U.S. Navy) "
Biascochea, Diego. San Juan
CABALLERO, Mariano.---‡OL San Juan
CARRION, ARTURO.--‡ Derm Santurce
* CASO, JOSE B.---M "
* COLON, JULIO E.---M San Juan
* COSTA MANDRY, O.---‡ A B Santurce
Sec. Asoc. Méd. de Puerto Rico
CORREA, JOSE F.---M "
COMAS, ARSENIO.---M "
Carballeira, Mayor José C. (U.S.A.) S. Juan
Coll y Cuchí, Victor Santurce
Cueto, José. San Juan
Cumpiano, Emilio. Santurce
CASTRO, CARLOS M. DE.---‡OL "
DE JUAN, ABEL.---‡ P.H. Santurce
DE JUAN, FERNANDO.---M "
DEL VALLE ATILES, Pedro.---‡P.H. "
* DEL TORO, JORGE.---‡ C "
* DIAZ GARCIA, MANUEL.---‡ C "
Pres. Asoc. Méd. de Pto. Rico
De la Rosa, Martín O. "
De Goenaga, Francisco O. "
De la Vega, Luis. "
* EARLE, WALTER C.---‡ P.H. San Juan
* FERNANDEZ, LUIS J.---‡ O "
FERNOS ISERN, ANTONIO.---‡P.H.
Comisionado de Sanidad de P. R. Santurce
* FERRER, JOSE C.---‡ Urol. "
FONT SUAREZ, V.---M "
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
Figueras, Jaime J. "
FERNANDEZ NATER, Manuel.---M "
Fernández, Ricardo San Juan
Frias, Manuel A. "
Franceschi Caballero, F. "
FERRAIOULLI, Francisco A.---M Sant.
GATELL, PALMIRA.---M "
* GARCIA ESTRADA, E.---M "
* GARCIA CABRERA, E.---‡Urol San Juan
GARCIA, FELIPE.---M. Santurce
GARRIDO MORALES, E.---‡ P.H. "
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
Garrido Morales, Manuel.---M "
GUTIERREZ ORTIZ, Victor.---Tbc. "
* GONZALEZ MARTINEZ, Isaac.---R "
* GUTIERREZ IGARAVIDEZ Pedro.
---R San Juan
GUZMAN SOTO, J.---M "
Galbreath, William R. Santurce
Gines, Walter A. San Juan
* HERNANDEZ, Francisco J.---‡AB "
Hooper, L. E (U.S.P.H.S.) "
JORDAN, OCTAVIO.---Obs. "
* KOPPISCH, ENRIQUE.---‡ Pat
\+ Lino-Rivera, Castor. Santurce
Landrón, José. "

* LAUGIER, AGUSTIN R.---‡OL S. Juan
LAVANDERO, RAMON.----M Santurce
LOPEZ DE LA ROSA, L.---‡ C "
LOPEZ SICARDO, RAFAEL.---M "
Lippitt, William F.
MARTINEZ ALVAREZ, A.---M - San Juan
Malaret, Pedro. Santurce
MARIANI, MIGUEL A.---M "
MARTINEZ, ERNESTO J.---M "
+ Méndez, Carlota. Santurce
MONTENEGRO, J. D.---M San Juan
MORALES MUÑOZ, M.---M "
MORALES OTERO, P.---‡AB Santurce
Miembro, Tribunal Médico Examinador
MOCZO, LUIS R.---M Santurce
Mac Snyder, Lt. Col. Howard
(U.S.Army) San Juan
Mora Vahamonde, Ramón S. Santurce
Moreno, Narciso. "
Marques Torres, José. San Juan
NOYA BENITEZ, JOSE.---C Santurce
OLIVERAS GUERRA, A.---C "
Sec. Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
Ortíz, Antonio. "
ORTIZ ROMEU, Alfredo.---‡Obs. "
Miembro Tribunal Médico Examinador
PAVIA FERNANDEZ, M.---Ur Santurce
Consejero, Asoc. Méd. de P. R.
PIÑEIRO, DOLORES.---M Santurce
PONS, JUAN A.---M San Juan
PUJADAS DIAZ, M.---M Santurce
Plá, José. "
Pullman, Peter B. "
Payne, George C. San Juan
QUEVEDO BAEZ, M.---M Santurce
* QUIÑONES JIMENEZ, N.---‡OL "
Pres. Tribunal Médico Examinador
QUINTERO, ERNESTO.---‡Urol. Sant.
REYES MARQUES, FELIX.---M "
REYES, ANTONIO.---Proct "
ROBERT DE ROMEU, MARTA.---‡Obst.
Santurce
* RODRIGUEZ MOLINA, RAFAEL .---‡Par.
Santurce
RODRIGUEZ PASTOR, Jo'é.---‡Tbc "
ROJAS, ELI S.---M "
ROLENSON, JULIO R.---‡ C "
Pres. Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
RUIZ CESTERO, GUILLERMO.---‡ R
Santurce
ROMAN BENITEZ, M.---‡P.H. San Juan
§ Rodríguez Alberty, M. San Juan
Roses Artau, Miguel. Santurce
+ Sabater, José San Juan
* SIFRE, RAMON J.---M. Santurce
Vice-Pres. Asoc. Méd. de P. R.
Sub-Comisionado de Sanidad de P. R.
SERRA CHAVARRY, J.---M "
Delegado Asoc. Méd. Dtto. de San Juan
SUAREZ, GENARO.---M "
SILVA, EURIPIDES.---‡P.H. Santurce
* SUAREZ, RAMON M.---M "
Consejero, Asoc. Méd. de P. R.
* SIMONET, JACOBO.---‡Tbc San Juan
SANCHEZ, AGUSTIN.---‡P.H. Santurce
Santana Náter, M. "
TIMOTHEE, CARLOS E.---M "
TIMOTHEE, RAFAEL.---M "
* TORREGROSA, ARTURO.---M "
VADI, DOMINGO.---M "
Villafañe, Josefina. "
VILA MORALES, JAIME.---M "
Yarbrough, Capt. James E. (U. S. Army)
San Juan

Toa Alta - - - - - - - - 1 (0.85) 11,696
LOPEZ DEL VALLE, MANUEL.---M

Toa Baja - - - - - - - - 2 (2.02) 9,865
HERRERO, BLAS.---M
Rodríguez, Ramón Luis.

Trujillo Alto - - - - - - - 1 (1.01) 9,576
VIDUYA, MARCELINO.---M

---

§ Autorizado a ejercer por la Corte Suprema de Puerto Rico.

También cooperamos con la Sección Biográfica de la Asociación Médica Americana en la preparación del Directorio Médico Americano, en la parte que corresponde a Puerto Rico.

Asambleas de distrito.

Dimos nuestra cooperación más franca y decidida en la preparación del programa de cada una de las asambleas que se celebraron en los distintos distritos, tratando de conseguir trabajos para estas asambleas y dándole publicidad al programa en la prensa de San Juan. Se celebraron durante el año asambleas científicas en cada uno de los distritos.

Durante el año la Asociación Médica de Puerto Rico y sus distintos comités celebraron las siguientes reuniones:

Asamblea extraordinaria: no hubo ninguna.

Reuniones de la Cámara de Delegados:

Asunto Cuello

Rennión de Mayagüez.

Reuniones de Comités:

Comité Científico: dos.

Junta Editora del Boletín: cuatro.

Comité de Beneficencia: una y no hubo quorum.

Comité de Anuncios y Reclamos: dos.

Legislación y Política: una y no hubo quorum.

Consejo de la Asociación Médica: dos.

Asuntos industriales (comité especial) una.

Biblioteca de la Asociación Médica de Puerto Rico.

En el 1930 el Dr. Isaac González Martínez bondadosamente cedió a la Asociación Médica de Puerto Rico su valiosa biblioteca. Al hacernos cargo de la Secretaría de la Asociación Médica, recibimos los libros donados por el doctor González Martínez en los escaparates que habían sido preparados para tal efecto por la saliente directiva. Nos tocó la ardua labor de separar estos libros por materias y volverlos a colocar en los estantes; no nos fué posible durante los primeros meses del año atender al catálogo de esta biblioteca, debido a los escasos medios con que contaba la Asociación y a las deudas apremiantes que teníamos. En los últimos meses, cuando nuestro tesoro empezó a salir de deudas, tomamos a cargo el catalogar los libros de la biblioteca. Esta inmensa y ardua labor la hizo gratuitamente, a solicitud del Dr. Manuel Díaz García, la señorita Olga Ortiz. Como se trata de un familiar de nuestro Presidente, Dr. Manuel Díaz García, y tratándose de una labor tan ardua y tan difícil en la cual se emplearon varios meses, recomiendo eficazmente a esta Cámara de Delegados que autorice al nuevo Presidente, a usar la cantidad de dinero que él estime conveniente, para hacer un regalo a esta señorita por su valiosa y desinteresada ayuda a nuestra Asociación.

La biblioteca ha quedado organizada en tal forma que es muy fácil encontrar cualquier libro.

Colección del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.

La Asociación cuenta con una colección completa encuadernada y con varios volúmenes extra del Boletín, los cuales se hayan en la Biblioteca de nuestra Asociación.

Debido a la cooperación y cortesía del Sr. Antonio S. Pedreira, de la Universidad de Puerto Rico, podemos presentar a esta Asamblea un estudio completo de

la colección encuadernada del Boletín que se haya en nuestra biblioteca.

En el año uno (1903) encuadernado en un volumen faltan los números 5 y 10 pero no así en el volumen 1903—6 (encuadernado).

El año quinto termina con el número 61 y el año sexto empieza con el número uno y sigue con el 62 que es de febrero. Luego el número 64 corresponde a marzo, faltando por lo tanto, el número 63. El número uno debe ser pues ,el 62; el que aparece como 62 debe ser el 63 y así quedará la numeración correcta. Los últimos tres números del año sexto (1908) están englobados en el número 71, o sea los números de octubre, noviembre y diciembre.

Del año sexto número 71 salta al año octavo, empezando con el número 72; parece pues que no se publicó ningún número en el año siete. En el año 8 falta el número 79 y el de noviembre y diciembre forman el número 80.

En el año 9 (1912) el número 87 corresponde a diciembre de 1912 y enero de 1913. Dejaron de enumerar desde el 88 al 94 pues el número siguiente de febrero 1914, año 10, corresponde al número 95.

El 1916 aparece como el año trece y el 1917 como el año 12, probablemente esto sea debido a error de imprenta. En el año 12 el que aparece como número 16 debería tener el número 117 que es el que realmente le corresponde.

Faltaron los números 127 y 128.

Estos son los errores de más bulto que aparecen en la colección encuadernada.

Colección del Porto Rico Journal.

Por ser este un journal de publicación nativa en el cual colaboran compañeros meritísimos de nuestra Asociación debemos conservar completa esta colección en nuestra biblioteca. Hace un año regalamos los primeros cuatro volúmenes de esta revista y hemos coleccionado con gran trabajo los últimos dos que también regalamos. Debe tenerse especial cuidado en coleccionar los futuros números. Este Boltín se envía por canje a la Asociación Médica de Puerto Rico.

Colección de reimpresos de trabajos científicos (Repriuts)

Para bien de los Asociados debemos tener en nuestra biblioteca un file de *reprints* de artículos científicos de valor que serán de gran ayuda en la preparación de trabajos científicos. No hemos atendido a esto en el año, debido a la situación económica de nuestro tesoro que no permitía erogar el gasto de un file de metal. El nuevo Secretario tendrá el año venidero medios a su disposición, pues entregamos la Asociación libre de gravámenes y con dinero y le recomendamos eficazmente atienda a esta actividad.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.

En el 1930, cuando la frágil barquilla de nuestro Boletín navegaba en un mar tempestuoso que amenazaba hundirla, cuando las deudas sobrepasaban los ingresos y escasamente había fondos con qué hacer frente a las necesidades, cuando todo parecía estar en contra de nuestro Boletín, estando éste amenazado de desaparecer, las manos hábiles de Ramón M. Suárez y Rafael Rodríguez Molina pilotearon la pequeña barquilla a través de todas estas dificultades, hasta llevarla a un puerto seguro donde se corrigieron los errores y de donde resurgió nuestro

Boletín con más bríos, como un periódico serio de un alto nivel científico y moral que poco a poco y escalón por escalón fué ascendiendo al puesto que ocupaba cuando nos fué entregado a principios de 1931 por el Dr. Suárez.

Durante el año en curso el Boletín ha continuado su progreso tanto en su standard científico como en su condición económica hasta llegar a ser un periódico que merece el respeto de la clase médica de Puerto Rico y del extranjero.

Al presentar a ustedes el informe anual de las actividades de nuestro Boletín, quiero tomarme la libertad de hacer algunos apuntes que creo necesarios.

El Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, es el órgano oficial de ella, el portavoz, el que nos dá a conocer en el exterior, el que nos da prestigio y nos mantiene en un alto nivel científico. Por todos los medios a nuestro alcance debe continuarse el programa iniciado en el 1930 por nuestro Boletín. No debe decaer por un momento ninguna de las actividades que éste lleva a cabo. Para poder hacerse cargo de nuestro Boletín para poderle dar el tiempo que éste necesita, que es mucho y más del que humanamente pueden darle la mayoría de nuestros compañeros, es necesario que se nombre como editor de este Boletín a una persona que le tenga cariño, que verdaderamente esté interesado en su progreso, de lo contrario volverá para atrás, hasta encontrarse en las mismas condiciones que a mediados del año 1930. Es un grave error poner el Boletín en manos de una junta, pues siempre casi todo el trabajo va a parar a manos de uno solo de sus miembros. Debe nombrarse un Editor y que éste escoja aquellos compañeros que cree puedan ayudarlo para así constituir la Junta Editora. No se remedia esto con nombrar un empleado a sueldo que se haga cargo del Boletín, es necesario que un médico le dé su entusiasmo y su inteligencia, que esté pendiente de conseguir trabajos científicos para el mismo y que mantenga la seriedad y nivel científico que éste demanda, y que ahora tiene.

Nuestra primera labor en el Boletín fué conseguir su admisión en el Correo como "segunda clase" pues esto equivale a una economía de alrededor de $200.00 al año y economiza trabajo al encargado de enviarlo por correo.

Recayó sobre nuestros hombros toda la labor de la publicación del Boletín, atender desde llevarlo al correo en nuestro carro particular hasta ocuparnos del cobro de anuncios, como de la preparación de trabajos científicos cuando el material escaseaba. Hemos tenido muy poca cooperación, casi ninguna de la clase médica excepción hecha de muy pocos entre los cuales debo nombrar a los doctores Suárez y Morales Otero, que no pertenecían a la Directiva o Junta Editora.

El estado financiero de nuestro Boletín es como sigue:

Ingresos:	
Por anuncios	$ 2,699.75
Por cuotas de socios	336.00
Total ingresos	$ 3,035.75
Egresos:	
Impresión de doce números	1,465.55
Franqueo	60.00
A la Asociación Médica	336.00
Gastos eventuales	73.83
Total, egresos	$ 2,334.55
Balance	701.20

Entregamos el Boletín libre de todo gravamen y con $701.11 de ganancias.

Aun restan por pagar, por concepto de anuncios $1,412.43 pero esta cantidad es cobrable sin necesidad de cobradores o molestias.

Tuvimos la fortuna, si así podemos decirlo, de publicar un número del Boletín cada mes, de publicar en cada número un editorial que trataba de cuestiones médicas que atañen nuestra vida como Asociación y nuestra salud como pueblo; un trabajo original de algún valor científico, escrito por uno de nosotros, producto nuestro, del cual debemos estar orgullosos, aunque no estuviese a la altura de otros en el extranjero.

Los doce números publicados contenían 499 páginas de lectura sin contar los anuncios; 31 trabajos científicos, 15 trabajos de diversas índoles, 12 editoriales, 11 secciones de noticias médico-sociales y 11 secciones de revista de revistas.

Podemos decir con orgullo, y esperamos que la próxima Junta Editora siga la misma pauta, que no hemos publicado durante el año ningún trabajo que haya aparecido anteriormente en otro Boletín o periódico diario.

Los anuncios que tan bondadosamente nos facilitaron las casas de comercio los publicamos en las páginas delanteras y traseras del Boletín, no mezclándolos con la lectura científica.

Como de acuerdo con una Resolución de la Cámara de Delegados la mitad de las ganancias netas del Boletín corresponden a su Administrador y como el Dr. Rodríguez Molina en el año anterior cedió sus ganancias a la Asociación Médica de Puerto Rico, para sentar el precedente para el futuro, nosotros también gustosamente cedemos las ganancias que de acuerdo con dicha resolución nos corresponden, y que ascienden a $350.64 a la Asociación Médica para que el nuevo Editor del Boletín tenga medios a su alcance para poder desarollar sus actividades y nuevas ideas.

Alquiler de locales a casas anunciantes.

Conseguimos el alquiler de locales en nuestro edificio durante la celebración de la Asamblea Anual de las siguientes casas.

Llompart Brothers	$75.00	
Squibb & Co.	75.00	
Plaza Provision Co.	25.00	(*)
J. H. Japsen	25.00	
General Electric	25.00	
Luis Balagner	25.00	
Total	$250.00	
Total efectivo	$225.00	

Al abandonar el puesto de Secretario de la Asociación y Editor-Administrador de nuestro Boletín; por haber expirado el término para el cual fuimos electos y por haber hecho la firme e inalterable resolución de no aceptar bajo ningún concepto una reelección, lo hacemos con pena, con verdadero sentimiento, por haber adquirido el triste convencimiento, de la falta de interés y cooperación de los médicos en general a la Asociación Médica de Puerto Rico.

Tal parece que la gran mayoría de nuestros compañeros delegan en un pequeño grupo que sube al escaño de la Directiva de esta colectividad todo el trabajo y todas las dificultades y responsabilidades de ésta y se olvidan por completo de prestar su cooperación y ayuda franca para el bienestar y engrandecimiento de nuestra clase y de nuestra Asociación.

Otro número muy pequeño se dedica a criticar y ofender en su dignidad a compañeros que abandonan su propia profesión e interés pecuniario por dedicar gran parte de su tiempo al bienestar

(*) Tomados en ginger ale y white rock

de nuestra colectividad y al engrandecimiento de nuestra clase.

Nos retiramos de estos puestos de la Asociación Médica de Puerto Rico, en la cual hemos laborado en la mejor forma que nuestras energías nos lo permitieron y poniendo en ello todo nuestro cariño y entusiasmo, pero bajamos con la frente alta, con el orgullo y con la gran satisfacción del deber cumplido.

Será para mí un grato recuerdo el haber podido laborar humildemente en bien de nuestra Asociación, el cual conservaré mientras recuerde que antes que nada soy médico y que los médicos debemos actuar siempre como médicos y como profesionales.

Es mi deseo que mi sucesor tenga más suerte y pueda retirarse a su tiempo con la satisfacción de haber obtenido la franca cooperación y ayuda de todos nuestros compañeros en bien de nuestra querida Asociación.

ENTRADAS POR ANUNCIOS	RECIBIDO	ADEUDA(*)	TOTAL
Elli Lilly & Co.	121.14	121.14	242.28
Dorland International			
Kellogg all bran	28.80	57.60	86.40
Export Advertising Agency, N. Y.			
Agarol	65.60	98.40	164.00
Peralga	16.40	49.20	65.60
Anusol	16.40	49.20	65.60
Jordán Advertising			
Neoferrum	54.00	54.00	108.00
Millsco Agency			
Mercurochrome	57.60	115.20	172.80
H. K. Mulphord Co.			
Cremocarbonatos	93.48	93.48	186.96
Export Advertising Agency, Chicago			
Efedrina Inhalante	99.00	97.20	196.20
Emulsión Scott	97.20	48.60	145.80
J. Wupperman Co.			
Angostura	27.00	9.00	36.00
Luis Balaguer			
Extractos pluriglandulares	32.00	56.00	88.00
Plaza Provision Co.			
Leche K'im	32.40	97.20	129.60
Fr. Schomburg			
H. A. Metz, Winthrop y Leche Dryco	328.95	77.50	406.45
Parke Davis & Co.	...	113.40	113.40
Denver Chemical Co.			
Antiphlogistine	38.25	38.25	76.50
Frederic Damrau			
Levadura Harris	22.50	67.50	90.00
H. C. Phibbs Co.			
Numotizine	91.80	91.80	183.60
J. Walter Thomson			
Eastman Kodak Co.	64.80	77.76	142.56
TOTAL	1287.32	1412.43	2699.75

(*) Estas sumas no han sido satisfechas porque dichos recibos se envían cada cuatro o seis meses a las casas anunciantes las cuales remesan inmediatamente.

Dic. 1931. *O. Costa Mandry.*

LA PROFESION MEDICA Y EL INFORME DE CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMSIBILES

E. Garrido Morales (*)

En casi todos los países civilizados del mundo existen leyes que requieren de los médicos el informe a la autoridad sanitaria competente de todo caso de enfermedad transmisible bajo su tratamiento. La lista de enfermedades cuya notificación es obligatoria es distinta en cada país y aún en muchos países suele variar en algunos estados, departamentos o provincias. Mas aún, en algunos de los Estados que componen la Unión Americana, las leyes sanitarias estaduales no solamente exigen la notificación de las enfermedades transmisibles propiamente dichas sino de algunas de carácter ocupacional y aún otras de origen desconocido.

El valor práctico de estos informes médicos a las autoridades sanitarias en Puerto Rico es tan obvio que no requiere discusión alguna. En aquellos municipios donde el Departamento de Sanidad tiene establecidas Unidades de Salud Pública, los oficiales médicos encargados de ellas llevan a cabo investigaciones epidemiológicas para determinar en cuanto fuere posible el origen de la infección cuando se trata de casos de fiebre tifoidea, difteria, poliomielitis anterior aguda y otras enfermedades cuya epidemiología y modos de trasmisión son bien conocidos. Además de esto, el personal técnico de la Unidad toma otras medidas pertinentes de control en cada caso, tales como el aislamiento del enfermo y la inmunización de los contactos cuando existe suero o vacuna para ello. Por disposición del Hon. Comisionado de Sanidad, vigente desde julio 1931, el Negociado de Enfermedades Transmisibles, utilizando su personal médico, atiende directamente, hasta donde le es posible al control de las enfermedades transmisibles en aquellos municipios donde no existen Unidades de Salud Pública.

Para realizar estros trabajos con garantías de éxito, es indispensable que el médico que ha formulado el diagnóstico de la enfermedad informe el caso dando la dirección exacta. El no hacerlo así constituye una ligereza o quizás una falta tan grave como observar la casa de un vecino ardiendo y no dar la alarma de fuego o dar la alarma sin decir el sitio de la conflagración. El médico es responsable de informar el caso en el momento en que sospecha que se trata de una enfermedad transmisible. Al Departamento de Sanidad toca entonces auxiliar en el diagnóstico, mediante facilidades de laboratorio, etc., localizar el origen de la infección y evitar el contagio de otras personas, empleando para ello los conocimientos modernos de la medicina preventiva.

El médico que asiste un caso de una enfermedad transmisible tiene contraída con los familiares del enfermo la obligación ineludible de protegerlos del contagio, y hasta que no lo ha hecho así no ha llenado ampliamente todos los deberes de su sagrado ministerio.

(*) Epidemiólogo del departamento insular de Sanidad de Puerto Rico.

El dejar de informar un caso puede traer por consecuencia el desarrollo de otros idénticos en la misma familia debido a no haber tomado a tiempo las precauciones necesarias de aislamiento. Mas no son solamente los allegados y personas que rodean al caso los que pueden sufrir las consecuencias de la negligencia de los médicos que no notifican al Departamento de Sanidad los casos infecciosos encomendados a sus cuidados. Tenemos en nuestros archivos el estudio completo de un brote epidémico de fiebre tifoidea en una población de la isla cuya fuente de contaminación evidentemente procedía de las aguas del acueducto, que fueron a su vez contaminadas por las excretas de un paciente residente en las cercanías de la represa del mismo. Este caso no fué debidamente aislado por no haber sido notificado al Departamento de Sanidad. De haber sido aislado adecuadamente el brote no hubiese ocurrido. Si el parte facultativo hubiera llegado a tiempo indudablemente el brote epidémico hubiera sido evitado.

Aparte de la necesidad que tiene el oficial de sanidad local de conocer dónde están situados los casos de enfermedades transmisibles para tomar las medidas conducentes a evitar su propagación, el estudio y análisis de los casos de estas enfermedades y especialmente de las tablas estadísticas, tienen un inmenso valor científico, pues únicamente después de una cuidadosa interpretación es que se ha podido llegar a conclusiones definitivas en cuanto a las características de incidencia y a los mejores medios de supresión.

Las estadísticas tienen por otra parte un valor especial para la clase médica, pues los conocimientos que de ellas se derivan sirven al clínico muchas veces de ayuda para diagnosticar y tratar distintas enfermedades.

La notificación de los casos de enfermedades transmisibles no es solamente un requisito de ley sino un deber moral que tiene todo médico que se precie de proteger la salud de su comunidad. Deber para con el estado, porque el estado le protege y autoriza a ejercer su profesión, previa demostración teórica y práctica de los conocimientos especiales de estas enfermedades y su modo de evitar las; y deber para consigo mismo, para su conciencia profesional.

La falta de notificación respecto a algunas enfermedades de difícil control, tales como el sarampión, la tos ferina, la influenza y otras, es particularmente notable. La explicación de este hecho parece hallarse en la resistencia de los médicos a notificar estados patológicos sobre los cuales la acción preventiva por parte de las autoridades es poco menos que nula; pero debe tenerse en cuenta el hecho de que cuando las autoridades sanitarias no pueden tomar medidas específicas para la supresión de una enfermedad determinada es precisamente cuando más necesaria se hace la cooperación del médico puesto que con dicha cooperacin podríamos obtener la evidencia de que hoy se carece para formular conclusiones sobre la incidencia de estas enfermedades, lo que nos permitiría perfeccionar los métodos profilácticos.

La tarjeta que emplea actualmente el Departamento de Sanidad para obtener estos informes es sencilla y sólo requiere el nombre, la edad, sexo, color y dirección del enfermo. En cada una de ellas pueden informarse seis casos de la misma o distintas enfermedades. Además, la tarjeta no requiere franqueo alguno. El Departamento de Sanidad sugiere que estas tarjetas se lleven continuamente en

el bolsillo juntas con el recetario. Esto ayuda a crear el hábito de usarlas al tiempo de prescribir al enfermo. En los municipios donde el Departamento de Sanidad tiene unidades de Salud Pública, la tarjeta debe ser dirigida en primer lugar al oficial médico de la Unidad de modo que éste pueda realizar las investigaciones necesarias y tomar las medidas oportunas de control. Los directores de Unidades remiten semanalmente estas tarjetas a la oficina del Epidemiólogo para su estudio. En los municipios donde el Departamento no tiene Unidades de Salud Pública las tarjetas van directamente a la oficina del Epidemiólogo, estando a cargo del Negociado de Enfermedades Transmisibles dictar las reglas oportunas de profilaxis y control.

La oficina del Epidemiólogo lleva un registro de cada médico que ejerce su profesión en la isla y remite semanalmente en sobre cerrado un número de tarjetas en blanco equivalente al número que recibe del médico durante la semana anterior.

ACERCA DE LA MALARIA EN PUERTO RICO (*)

A. Fernós Isern

Un estudio de las estadísticas de mortalidad en Puerto Rico durante los primeros seis meses del año natural en curso señala una disminución en las muertes causadas por fiebre tifoidea y para-tifoidea, en sarampión, en tétano, en bronquitis en todas sus formas, en diarrea y enteritis en mayores de dos años; en cambio señala un aumento de alguna importancia en las muertes causadas por malaria. Esta enfermedad endémica en Puerto Rico tiene una cura específica: la quinina. Su mecanismo de propagación y los métodos para evitarla son conocidos y puede decirse que la incidencia de la malaria está en relación directa con los medios económicos de que se disponga para llevar a cabo las obras de saneamiento y de prevención necesarias.

La malaria existe en Puerto Rico en todas las zonas bajas, esto es: prácticamente en todas las tierras costeras de Puerto Rico. En regiones del centro como Comerío, Adjuntas, Aibonito, Cayey, etc., se presenta también, según que el régimen de lluvias haga más o menos fácil la propagación de los mosquitos anófeles que trasmiten la enfermedad de las personas infectadas a las no infectadas.

Al principio del año económico o sea comenzando con el primero de julio, 1931, este Departamento, con su nuevo presupuesto, pudo organizar definitivamente su Negociado de Malaria y el plan entonces trazado fué el siguiente:

1—Continuación de las campañas ya en progreso en las siguientes poblaciones: Luquillo, Fajardo, Patillas, Salinas y San Germán. (En todas estas poblaciones los gobiernos municipales cooperan con excepción de Luquillo. Las medidas de saneamiento y preventivas de otro orden, se llevan a cabo principalmente en los alrededores de la zona urbana con el propósito desde luego, de proteger primero al mayor núcleo de población, pero con la mira de extender el trabajo para incluir la mayor parte posible de la población rural.)

2—Inauguración de trabajos nuevos en Santa Isabel, Arroyo, Ponce, Guánica, y los alrededores de las instituciones insulares de Río Piedras. (Sanatorio, Manicomio y Presidio).

3—Estudios especiales de nuevas zonas, de modo a determinar el plan a seguir en esas localidades.

4—Control de brotes epidémicos que de cuando en cuando suelen presentarse.

Es el propósito desde luego aprovechar las nuevas Unidades de Salud Pública para trabajos de cooperación con el Negociado. En todo esto la Fundación Rockefeller ha venido cooperando con el Departamento de Sanidad, siendo Jefe del Negociado un representante de la Fundación y pagando esta organización filantrópica principalmente los gastos de investigación y de demostración en algunas localidades. Loiza Aldea ha sido uno de los lugares bajo estudio últimamente.

Han sido estudiadas ya pero no se puede llevar a cabo el trabajo necesario to-

(*) Un memorandum del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico.

davía por falta de fondos: Ceiba, Yabucoa, Maunabo, Guayama, Yauco, Cabo Rojo, Barceloneta, Dorado y Toa Baja, Cataño, Guaynabo y Loíza. En otras palabras, se conoce el problema local en esas regiones, pero el saneamiento permanente requeriría sumas que no han sido todavía asignadas y que el Departamento se propone solicitar de la Legislatura en su próxima sesión, siguiendo mientras tanto en la investigación de otras regiones hasta completar el estudio de la isla de Puerto Rico.

Los resultados del plan enunciado empezarán a sentirse de una manera evidente y permanente después de transcurrido un período que no debe ser menor de cinco años, porque todo ello está relacionado con obras de ingeniería; desarrollo de sistemas de control, de obras de riego; educación de los habitantes en las formas de protección, etc. Esto no puede improvisarse ni desarrollarse súbitamente.

El aumento de la morbilidad de los últimos meses y el aumento de la mortalidad, han hecho necesario un programa de emergencia que se está poniendo en práctica, de acuerdo con el cual el Departamento quiere actuar en cooperación con los municipios y la clase médica.

La posible causa directa más visiblemente relacionada con este recrudecimiento de malaria en la isla, ha sido las fuertes lluvias ocurridas durante el año. Por lo general las lluvias fuertes en Puerto Rico tienen lugar allá por los meses de julio y agosto en adelante. Este año las lluvias fuertes comenzaron en algunos sitios desde febrero y en general han comenzado mucho más temprano en el año que lo corriente; y no solamente empezaron más temprano sino que han sido más fuertes y han continuado más allá del tiempo en que naturalmente decrecían en años anteriores. Se han anegado los terrenos bajos, han crecido ríos antes secos, se inundan vegas y cañaverales y la propagación de los mosquitos ha encontrado condiciones óptimas. Acaso la depresión económica y el abandono del cultivo cuidadoso en muchas regiones haya permitido el desarrollo de criaderos por falta de desagües y otras formas de atención agrícola.

Aprovechando que a esta fecha hay 16 Unidades de Salud Pública establecidas abarcando veintinueve (29) municipios, se ha encargado a cada uno de los médicos que las dirigen dediquen sus actividades preeminentemente a trabajos de malaria; que se entrevisten con sus compañeros de la localidad para obtener su cooperación en el esclarecimiento de las defunciones por esta causa y que ofrezcan todas las facilidades de éstas en la toma de muestras, en los casos graves sobre todo, de modo a establecer un diagnóstico preciso. El Negociado de Malaria llevará a cabo todos los exámenes de laminillas que se le envíen. En los casos de fallecimiento sin comprobación de laboratorio, los médicos de las Unidades deberán llevar a cabo las investigaciones post-mortem necesarias para llegar a una conclusión definitiva. Las Unidades ayudarán en el tratamiento a los palúdicos, sobre todo en los focos de mayor incidencia. Por la información de los médicos se podrá juzgar los sitios con mayor número de atacados y en éstos se deberá llevar a cabo entonces una investigación de casa en casa, para determinar todos los casos de malaria allí existentes, bajo tratamiento o nó, con el propósito de someterlos todos a tratamiento. Desde luego que este aspecto curativo del trabajo durará lo que dure esta anormalidad y

que no es el propósito del Departamento asumir esta responsabilidad como función de beneficencia, sustituyendo a la beneficencia municipal. El trabajo del Departamento es preventivo y pasada esta situación deberá concentrar sus esfuerzos y habrá de hacerlo, en las obras de saneamiento necesarias para evitar la existencia del mal.

Pero siendo su deber velar por la salud pública en general y puesto que el sistema de tratamiento a los pobres tiene una relación tan obvia con su estado de salud y su conservación de la vida, el Departamento se propone establecer un sistema permanente de colaboración. Con este objeto se ha dirigido a los alcaldes de la isla pidiéndoles informes sobre el gasto que representa para la beneficencia municipal la malaria, según pueda juzgarse por las sumas invertidas en la compra de quinina todos los años. Ha solicitado datos también en cuanto a la forma en que esta quinina se adquiere, en la forma en que se distribuye, esperando encontrarse medios de que los municipios adquieran la quinina al menor precio y en la mayor cantidad posible. El Departamento desea ayudar a la clase médica y a los municipios, de manera que tengan la seguridad que en todo caso en que se prescriba quinina es servida ésta en la cantidad ordenada y es suministrada en la forma necesaria.

El Oficial Médico del Negociado Dr. Arbona, está recorriendo la isla para determinar en cada localidad más afectada, qué otras medidas de ayuda pueden prestarse. El Departamento suministraría quinina adicional en casos de necesidad o estaría dispuesto a llevar a cabo obras de saneamiento en cooperación con las autoridades locales si llegara a pensar que estas tendrían efecto inmediato.

Para el día 19 de diciembre el Comisionado ha citado a todos los Directores de Beneficencia Municipal de Puerto Rico para un cambio de impresiones, aprovechando la reunión anual de la ASOCIACION MEDICA que tendrá efecto para esa misma fecha.

Nota del Editor.

Nos place sobremanera este memorandum del Hon. Comisionado de Sanidad de Puerto Rico, Dr. Antonio Fernós Isern, Presidente del Comité de Salud Pública de la Asociación Médica de Puerto Rico.

En el número de octubre de este Boletín publicamos un editorial sobre la malaria en Puerto Rico esbozando ligeramente el problema tal y como se presenta actualmente en nuestra isla.

El Comisionado de Sanidad, siempre atento a la salud y bienestar de nuestro pueblo, ha considerado prudente entrar de lleno a combatir esta enfermedad que nos diezma y nos flagela sin cesar y que ha tomado caracteres epidémicos y a tal efecto ha convocado a una reunión a todos los Directores de Beneficencia Municipal de Puerto Rico, reunión que tendrá lugar en los salones de nuestro edificio en la Parada 19, Santurce, el sábado 19 de diciembre, a las tres de la tarde.

A esta reunión ha invitado el Comisionado de Sanidad a la Asociación Médica de Puerto Rico, quien estará representada en ese acto por su Comité de Salud Pública y por su Comité de Beneficencia.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asamblea Anual de la Asociación Dental de Puerto Rico.

El día 15 de noviembre celebró su Asamblea Anual la Asociación Dental de Puerto Rico. El acto se llevó a efecto en nuestra casa que abrió sus puertas para recibir con alegría a estos queridos amigos, colaboradores en nuestra profesión.

La Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico cooperó en todo lo posible para el mayor lucimiento de este acto. Las diferencias de opinión y antiguas fricciones que existían entre ambas Asociaciones han quedado eliminada de una vez para siempre.

La Directiva de la Asociación Médica fué invitado de honor de la Asociación Dental en el banquete que se celebró por la noche en el Pavillon Bleu. En este acto hicieron uso de la palabra en representación de la Asociación Médica de Puerto Rico, su Presidente, el Dr. Manuel Díaz García y su Secretario, Dr. O. G. Costa Mandry.

Reinó gran entusiasmo en este acto que terminó a altas horas de la noche.

La Directiva que regía los destinos de la Asociación Dental de Puerto Rico fué reelecta en su totalidad quedando integrada como sigue:

Presidente, Dr. José Vicente

Vice-Presidente, Dr. Pedro Morell.

Secretario, Dr. J. R. Hernández González.

Tesorero, Dr. Ramón Fernández Carballo.

Vocal, Dr. Angel Cortés.

Aviso importante a los Médicos de Puerto Rico.

Refiriéndonos nuevamente al asunto de las drogas narcóticas sobre el cual publicamos una carta del Sub-Tesorero de Puerto Rico en nuestro pasado Boletín queremos llamar la atención de los médicos que aquella sólo se refiere a los médicos que tienen en su poder drogas narcóticas. Publicamos a continuación una carta que recibimos del Sub-Tesorero de Puerto Rico, Sr. Fano.

San Juan, Puerto Rico,
Noviembre 7, 1931

Sr. O. G. Costa Mandry, M. D.
Secretario, Asociación Médica
de Puerto Rico,
Ave. Fernández Juncos, Parada 19,
Santurce, P. R.

Señor:

Refiriéndome de nuevo a su comunicación de Octubre 14, último, deseo informarle que por nuestra circular del 12 del mismo mes, no se requiere de los médicos que lleven un record de los narcóticos que recetan. Donde dice "cantidad vendida a consumidores mediante prescripción", se refiere a los farmacéuticos y al decir: "administradas a pacientes" esto se refiere a los médicos que adquieren drogas narcóticas mediante pedidos oficiales para *administrarlas* a los pacientes que están bajo su atención.

Los impresos semestrales fueron enviados a todos los médicos inscritos, con la intención de que fuesen llenados únicamente por aquellos que adquirieron drogas narcóticas para los fines indicados. Los que no las adquirieron y sólo se limitaron a recetarlas no estaban obligados a llenarlos y sí solamente a devolverlos insertando la palabra "no" en los espacios de información.

Como usted me dice que sobre este asunto va a publicar un suelto en el bo-

letín de la Asociación Médica de Puerto Rico espero tome en cuenta la aclaración que en esta carta se hace.

Atentamente,

G. Fano.
Sub-Tesorero.

Dr. Ramón J. Sifre.

El 12 de octubre embarcó hacia stados Unidos este distinguido compañero, Vicepresidente de la Asociación Médica de Puerto Rico y Subcomisionado de Sanidad. El Dr. Sifre marcha al norte acompañando a su distinguida esposa a quien lleva para ser sometida a un tratamiento médico. Deseamos feliz éxito al querido compañero y que la novedad que aqueja a su distinguida esposa no sea asunto de gravedad. Lamentamos grandemente la ausencia del Dr. Sifre en nuestra Asamblea pero recordaremos que un deber ineludible le obligó a marchar al norte en época en que hubiese sido su deseo estar entre nosotros.

Dr. Blás Herrero.

Durante el mes de noviembre embarcó hacia Estados Unidos el Dr. Blás Herrero, acompañando a su suegro el señor Frank, quien va a Estados Unidos a someterse a un tratamiento médico.

Dres. M. Astor y Alfredo Ortiz Romeu.

El Gobernador de Puerto Rico acaba de nombrar a estos distinguidos compañeros para miembros del Tribunal Médico Examinador. El Senado de Puerto Rico en su última sesión ejecutiva había dejado estos nombramientos sobre la mesa. El Gobernador de Puerto Rico, a recomendación de la Asociación Médica acaba de nombrarlos otra vez para ocupar dichos puestos.

Nuevo Comisionado de Sanidad en San Francisco, California.

El Dr. Jacobs C. Geiger ha sido nombrado Comisionado de Sanidad de la ciudad de San Francisco.

El nombramiento de este distinguido bacteriólogo y eminente médico fué hecho sin intervenir en ello para nada la política.

El candidato para dicho puesto fué seleccionado por un comité compuesto por los Presidentes de la Universidad de California, la Universidad de Stamford, y el Presidente de la Asociación Médica de San Francisco. Después de cuidadoso estudio se hizo la selección del Dr. Geiger de entre diez candidatos aspirantes a la plaza.

El cargo de Comisionado de Sanidad de una comunidad es un nombramiento tan delicado y para el cual es necesario un hombre que tenga preparación y méritos para el cargo y no debe tomarse en cuenta para nada cuestiones políticas.

Otros estados han hecho lo mismo que la ciudad de San Francisco al elegir su Comisionado de Sanidad. El estado de Virginia y el Gobernador Roosevelt del estado de Nueva York, eligieron los Comisionados de Sanidad sin tomar en consideración la afiliación política y sí los méritos personales de los candidatos.

Es digno de que todos los estados y posesiones de la gran nación Americana, sigan estos ejemplos de nombrar hombres capacitados y sin la intervención de la política para el delicado puesto de Comisionado de Sanidad.

REVISTA DE REVISTAS

JORDAN, EDWIN O., and HALL, JOHN A. A Case of Food poisoning apparently due to staphylococcus. Jr. Prev. Med. 1931 5:387.

Los autores presentan un caso de envenenamiento por substancias alimenticias (causados por un estafilococo presente en una ensalada de pollo) que ocurrió en dos personas de una misma familia residentes en Fort Amador en la zona del Canal de Panamá. La ingestión de esta ensalada produjo a las pocas horas síntomas agudos con vómitos, marcada descomposición de estómago y gran postración De una familia de tres, dos que comieron la ensalada sufrieron de estos síntomas. Un estudio bacteriológico de la ensalada reveló la presencia de un estafilococo. Filtrados preparados de un cultivo en caldo (de 24 horas) produjo síntomas característicos en voluntarios humanos a los cuales se le dió a tomar en leche este filtrado. Los síntomas que se produjeron en los voluntarios variaron en intensidad pero la mayoría tuvieron dolores abdominales, diarreas, vómitos y fiebre en muchos de ellos. La similaridad de los síntomas que se produjeron en las dos personas envenenadas y los que produjo el filtrado en los voluntarios hacen suponer que el estafilococo en la ensalada que se guardó de un día para otro, dió lugar a la elaboración de substancias tóxicas que produjeron los síntomas en los afectados al ingerir la ensalada.—**O. C. M.**

DACK G. M., WOOLPERT ORAM, NOBEL ISABEL and HALLIDAY EVELYN G.— Experimental study of possible routes of contamination of cakes with food poisoning staphylococcus. Jr. of Prev. Med. september 1931. 5:398.

El estudio presentado es en extremo interesante y tiende a demostrar la forma de contaminación de bizcochos en los casos de envenenamiento con bizcocho contaminado con estafilococos que han sido estudiados últimamente por algunos autores. El estudio comprendió la contaminación del bizcocho antes de su preparación con estafilococos de díversos orígenes. Se coció el bizcocho a distintas temperaturas y en distintas formas, estudiándose luego la presencia del organismo en el bizcocho y la producción de síntomas gastro intestinales por la ingestión del bizcocho. En el trabajo se presentan varios cuadros demostrativos de las distintas temperaturas usadas en los hornos y el tiempo en que se coció el bizcocho. Las conclusiones a que llegan los autores de este interesante trabajo son las siguientes:

1.Estafilococos inoculados en bizcochos, usando para esto yemas de huevos que habían sido inyectadas con cultivos de estafilococos que habían producido envenenamientos; no sobrevivieron a la temperatura corriente que se usa en el proceso de confección. Lo mismo sucedió con bizcochos en los cuales la concentración iónica de los mismos variaba de 5 a 8.2.

2.—Inoculación de la cubierta del bizcocho después de su preparación con estafilococos virulentos demostró que tanto el organismo como sus productos tóxicos invadían la substancia del bizcocho.

3.— Parece razonable creer que en algunos de los envenenamientos causados por bizcochos contaminados con estafilococos, la cubierta del bizcocho se contaminó después de su preparación y los organismos invadían más luego la substancia del bizcocho.—**O. C. M.**

JORDAN EDWIN O., DACK G. M. and WOOLPERT ORAM. The effect of heat, storage and chlorination on the toxicity of staphylococcus filtrates.—Jr. Prev. Med. september 1931 5:383.

En este trabajo se probó el efecto de varias substancias sobre la actividad y propiedades de producir síntomas gastro intestinales, de filtrados de estafilococos de diversos orígenes. Se demostraba la actividad de las substancias tóxicas por medio de la ingestión del filtrado por voluntarios humanos. Se probó el efecto que tenían sobre la actividad de estos filtrados el calor, el almacenaje en neveras durante ciertos períodos de tiempo y el efecto de diferentes concentraciones y cantidades de clorina sobre el mismo. Los autores concluyen que las substancias tóxicas presentes en filtrados de estafilococos que dan lugar a síntomas gastro intestinales no se destruyen por completo a la temperatura de agua hirviendo durante un período

de 30 minutos. El calor aplicado directamente en temperaturas a veces más bajas de 100° produce una disminución en las cualidades tóxicas del filtrado. De igual modo los efectos tóxicos del filtrado no desaparecen después de un almacenaje por un período de 67 días a temperaturas bajas aunque hay una disminución en el poder de la toxina. Contacto durante 3 minutos con una dosis fuerte de clorina no destruyó las propiedades tóxicas de este filtrado. —**O. C. M.**

GARRIDO MORALES E. and COSTA MANDRY O.—Typhoid fever spread by water from a cistern contaminated by a carrier. Jr. Prev. Med. Sept. 1931. 5: 351.

Este trabajo comprende el estudio de 10 casos de fiebre tifoidea que se desarrollaron epidémicamente en la ciudad de Guayama, Puerto Rico, en marzo de 1931. Ocho de estos casos ocurrieron en personas de una misma familia y dos en los empleados de una tienda propiedad de éstos. La evidencia epidemiológica del estudio practicado indicaba que el agua de una cisterna propiedad de dicha familia había sido el agente causal común. El cuadro clínico en todos los casos estudiados evidenciaba las características de fiebre tifoidea tal y como ésta se manifiesta en los trópicos. De los 10 casos estudiados la sangre de 5 demostró la presencia del plasmodium de Laveran. Un estudio hecho de la sangre de 100 personas tomadas al azar entre los parientes de estos enfermos que residían en los alrededores 30% demostraron la presencia del parásito de la malaria. El estudio epidemiológico reveló que una cisterna situada en el corral de la casa y que se usaba para recolectar agua de lluvia fué la causante del brote. Esta cisterna se contaminó por medio de un inodoro que descargaba indirectamente dentro de la cisterna. Un estudio bacteriológico de las heces fecales de las personas que habitaban la casa donde estaba situado el inodoro demostró que una de estas personas era un portador del bacilo tífico. Ambas personas habían padecido de fiebre tifoidea hacía algunos años. Usando una solución de azul de metileno en el inodoro se demostró en poco tiempo que las descargas de éste atravesaban un pequeño callejón e iban a desaguar directamente dentro de la cisterna a través de una grieta en la pared de ésta. El examen de las aguas de la cisterna reveló en varios exámenes bacteriológicos que se practicaron, un contaje de 50,000 bacterias por cc. en el primer examen y un número incontable en el segundo examen a pesar de las diluciones de 1 en 12,000 que se hicieron en este estudio. El colibacilo se demostró en todas las porciones que se sembraron en caldo lactosado incluso la porción de 0.1 cc. No se demostró la presencia de bacilo tífico en las muestras de agua que se examinaron. La epidemia se limitó exclusivamente a personas que usaban el agua de la cisterna contaminada. Del análisis de los datos recolectados se llegó a la conclusión única de que el brote tuvo su origen en el consumo del agua de una cisterna contaminada por un portador del bacilo tífico.

Experiencias clínicas con Amytal Sódico y Avertina como Anestésicos. — E. B. Ferguson, New England Jour. of Med., Boston, 204:351, Feb. 19, 1931.

El autor considera el Amytal sódico como un excelente sedante preliminar a las anestesias más profundas. Su administración reduce la frecuencia e intensidad del malestar, náuseas y vómitos post-operatorios. Su administración oral despreocupa al paciente en los momentos pre-operatorios. La administración endovenosa del amital sódico, aunque asegura un mejor control de la dosis no está justificada pues da los mismos resultados que la administración oral. Las contraindicaciones al uso de la avertina según Ferguson son: shock, debilidad marcada, condiciones crónicas, hepáticas o vesicales, y patología rectal. Ni el Amital sódico ni la Avertina llenan los requisitos de un buen anestésico, sinembargo, ofrecen grandes ventajas en casos nerviosos.— **E. G. C.**

El valor de la radiografía en el diagnóstico de la enfermedad de Addison. Thompson, Th., The Lancet, London. No. 5589, 1930.

El autor ha observado un caso de enfermedad de Addison en que la radiografía de la región lumbar ha demostrado muy claramente los contornos de las glándulas supra-renales calcificadas las cuales aparecieron en forma triangular en una sombra a nivel de la primera lumbar. El autor dice que existe solamente otro caso de suprarenal calcificada en Addison radiografiada en un joven de 19 años en quien la autopsia demostró la existencia de suprarenales francamente calcificadas. El autor recomienda ra-

diografiar los casos sospechosos de Addison por creer un signo indiscutible de Addison la calcificación.—**E. G. C.**

FAME, F., Tensión arterial y tuberculosis pulmonar en medio sanatorial, Revue de la tuberculose, T. XII Nov. 2, 1931.

La opinión tan extendida de que la tuberculosis pulmonar es la afección crónica hipotensora por excelencia no está justificada en los medios sanatoriales. De 200 casos observados en Lysin (1400 metros de altura) el autor ha encontrado 2% de hipertensos. 73% de tensión arterial normal y 25% de hipotensiones. Los casos evolutivos, progresivos, provocan con frecuencia hipotensiones, que desaparece generalmete cuando las lesiones dejan de ser activas e intoxicantes. La temperatura no desempeña ningún papel en la tensión. No hay paralelismo entre la tensión y el pulso. No existe, en términos generales, relación manifiesta entre el peso del enfermo y su tensión arterial. En 144 de los 200 enfermos existió una concordancia notable entre la curva tensional cardiaca y la curva dinamométrica muscular. En las mujeres se encuentra mayor número de hipotensiones. El tratamiento por los distintos métodos e intervenciones no tiene influjo alguno sobre la tensión. La frenicectomía provoca con frecuencia un ligero aumento de la tensión diastólica.—**E. G. C.**

CHILD, FRANK A. y ROBERTS, EDWARD F. El Tratamiento de la Osteomielitis Crónica con Larvas Vivas de Mosca. (Compendio de un artículo publicado por el N. Y. State Med. Journal, Agosto 1, 1931).

Los autores citan nueve casos de osteomielitis crónica y uno de senos tuberculosos. Con una excepción—debida acaso a que no se extirpó enteramente el hueso necrótico por haber fractura espontánea—todos curaron satisfetoriamente.

Las larvas se prepararon para uso clínico desinfectando los huevos de mosca con solución de formaldehído al 4%, y por medio de ensayos para determinar la esterilidad de las larvas de 24 horas, tanto para aerobios como para anaerobios.

El efecto del tratamiento sobre la herida fué notable. Dos o tres días después de la implantación, durante los cuales la supuración fué profusa, la superficie afectada quedó verdaderamente limpia. Se formó tejido granulante rápidamente, casi siempre de tipo compacto, sin que se observara olor purulento ni pus libre. Se necesitó un promedio de quince implantaciones de larvas y algunos casos cicatrizaron dentro del corto plazo de ocho semanas.

Las principales desventajas observadas fueron elevación transitoria de temperatura . 3 ó 4 grados, el cuarto dia de la implantación y el desagradable escozor que exigía el empleo de ligeros sedantes por la noche.

Los autores opinan que la terapia con larvas de mosca es coadyuvante eficaz en el tratamiento de la osteomielitis crónica

---

BATTLEY, J. C. S. "Treatment of Whooping-Cough with Convalescent Serum".—Arch of Pediatrics—Oct., 1931—Vol. XLIII: 675.

El autor presenta dos casos de coqueluche tratados con éxito aparente por medio de la inyección intramuscular de 10 a 12 cmc. de suero de convalescientes. Ya distintos clínicos franceses habían recomendado el suero de convalescientes y también las inyecciones de sangre en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad. Debré usaba de 2 a 3 cmc. del suero obtenido de pacientes durante la cuarta semana, que es cuando es más alta la cantidad de anticuerpos en la sangre, según ha sido comprobado por la prueba de fijación del complemento.

La cifra de mortalidad por tos ferina en los Estados Unidos según datos obtenidos por el autor en el Departamento de Comercio, es espantosa. En el 1927 ocurrieron 6,254 muertes, de los cuales 3,761 feuron en niños menores de un año. En el 1928, los muertos fueron 5,280, y de éstas 3,000 fueron niños menores de un año.

Apesar del éxito obtenido, es tan pequeño el número de casos reportados hasta la fecha, que no se puede llegar a conclusiones definitivas. Una observación más extensa llevada a efecto, especialmente en instituciones para el cuidado del niño, donde las condiciones para el estudio e investigación puedan ser "controladas", es absolutamente necesario antes de aceptar como un hecho real el valor curativo del suero de convalesciente en la coqueluche.

R. M. S.

AVISO IMPORTANTE A LOS MEDICOS

ASUNTO DEL TELEFONO

La Asociación Médica de Puerto Rico ha venido sosteniendo por algún tiempo una polémica con la Compañía del Teléfono debido al hecho de que esta Compañía, al confeccionar la guía telefónica, se negaba a poner el título o profesión del médico a aquellos compañeros cuyos teléfonos no eran profesionales. A los médicos que tienen teléfonos profesionales y en los cuales la tarifa es mayor, le ponen la palabra "médico" después de su nombre.

Resulta de esto que gran número de médicos que no tienen teléfonos profesionales en su casa, bien porque trabajan en oficinas del Gobiero durante el día, o bien porque están conectados con clínicas u hospitales, se ven privados de esta facilidad de reconocimiento por parte del público.

La Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico llevó el asunto ante la Comisión de Servicio Público, en la cual hubo una vista pública con representación de la Compañía del Teléfono y de la Asociación Médica de Puerto Rico representada por su Presidente y Secretario acompañados de nuestro distinguido y buen amigo. Ledo. Celestino Iriarte, quien nos representó jurídicamente en aquella vista pública.

Después de esto llegamos a un entendido amistoso con la Compañía del Teléfono el cual ha sido aprobado en todas sus partes por la Comisión de Servicio Público.

Este arreglo consiste en lo siguiente:

Todo médico que desee que su título aparezca junto a su nombre en la Guía Telefónica deberá dirigirse a la Compañía haciendo dicha solicitud.

A los médicos que tienen teléfonos privados en sus residencias se les pondrá después de su nombre la palabra "Doctor" (Dr.)

A los médicos que tienen teléfono profesional, además de la palabra "Doctor" (Dr.) para la Compañía del Teléfono poder identificar dicho teléfono como profesional, también se le pondrá la palabra "Médico".

La Comisión de Servicio Público autorizó este arreglo de que se use la palabra "Doctor" solamente en el caso de médicos cirujanos debidamente autorizados, para ejercer por considerarlo de necesidad pública y de facilidad para el público cuando en caso de urgencia trate de localizar al médico para que rinda servicios profesionales a algún familiar o amigo suyo enfermo, tanto durante el día como en la noche.

Este nuevo arreglo habrá de redundar en gran beneficio tanto para los médicos como para el público y lo ponemos en conocimiento de todos nuestros compañeros para que hagan el uso debido de él.

NUESTRO RECONOCIMIENTO

Al finalizar el año para el cual fuímos designados editores de este Boletín, entregamos el volúmen 23 de cuatrocientas noventa y nueve páginas de lectura, sin contar los anuncios, consistente de doce números publicados uno mensualmente. (No. 184-195).

No fué nuestro lema acumular dinero para otras actividades de la Asociación y sí publicar un Boletín serio, lo más extenso posible y del cual pudiésemos estar orgullosos.

Presentamos nuestro humilde esfuerzo y queremos expresar nuestro reconocimiento a todas las personas que de una forma u otra han contribuído al éxito del Boletín durante el año 1931.

Entre éstas, queremos hacer mención especial de las siguientes:

1—**Cantero Fernández y Co.**, (Imprenta).
- (a) **Sr. Laureano Cantero** (Jefe).
- (b) **Sr. Gerardo Baldrich** (Manager).
- (c) **Sr. Juan Mancebo** (Jefe del Departamento de Cajas).
- (d) **Sr. Bartolomé Martínez** (Jefe del Departamento de Linotipos).

2—**Sr. Emilio Marrero,** por su ayuda y cooperación al Editor.

3—**Anunciantes del Boletín:**

LUIS BALAGUER, Cole Chemical Co.,

COLE CHEMICAL CO., Compuestos pluriglandulares.

FREDERICK DAMRAU.

DAVILA Y VALDEJULLI, The Maltine Co.

DENVER CHEMICAL CO., Antiphlogistine,

DORLAND INTERNATIONAL.

DRYCO MILK.

EASTMAN KODAK CO., Material radiográfico.

EXPORT ADV'T. AGENCY, New York.

EXPORT ADV'T AGENCY, Chicago.

LUIS GARRATON, Denver Chemical Co.

HARRIS LABORATORIES, Levadura Harris.

HYNSON WESTCOTT AND DUNNING, Mercurocrome.

JORDAN ADVERTISING AGENCY.

KELLOG ALL BRAN.

KLIM MILK.

ELLI LILLY AND CO., Amytal Sódico, Amytal compuesto, Extracto de hígado.

H. A. METZ LABORATORIES., Pyramidon. Omnadin, Oscodal y Pyraminal.

MILLSCO AGENCY.

H. K. MULPHORD CO., Cremocarbonatos.

NUMOTIZINE INC., Numotizine.

PLAZA PROVISION CO., Klim Milk.

PARKE, DAVIS AND CO., Tabletas de Pancreatina, Metagen, Thelin.

H. C. PHIBBS CO.

FR. SCHOMBERG.

SCOTT AND BROWNE. Emulsion Scott.

SWAN MYERS, Efedrina inhalante.

THE MALTINE CO., Neoferrum.

J. WALTER THOMPSON.

WILLIAM R. WARNER & CO., Peralga, Agarol, Anusol.

WINTHROP CHEMICAL CO. INC., Theocin, Avertine, Yatren, Optarson, Luminal, Viosterol, Helmitol, Plasmochin.

J. W. WUPPERMANN, Angostura bitters.

JUNTA EDITORA.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

Año 23. 1 9 3 1 No. 184-195.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA:

Presidente . . . . . Dr. M. Díaz García.
Vice-presidente . . . . Dr. R. J. Sifre.
Secretario . . . . . Dr. O. Costa Mandry.
Tesorero . . . . . Dr. Mario Juliá.
Consejeros . . . . . Dr. Osvaldo Goyco,
Dr. M. Pavía Fernández,
Dr. Ramón M. Suárez.

JUNTA EDITORA DEL BOLETIN:

EDITORES:

Dr. O. Costa Mandry,
Dr. R. J. Sifre,
Dr. M. Juliá,
Dr. E. García Cabrera,
Dr. Leopoldo Figueroa.

ADMINISTRADOR Y SECRETARIO DE REDACCION:
Dr. O. Costa Mandry.

REVISTA DE REVISTAS (extractos)
Colaboradores:

Dr. O. Costa Mandry,
Dr. R. M. Suárez,
Dr. E. García Cabrera,
Dr. Pablo Morales Otero.

SECCION DE NOTICIAS MEDICO-SOCIALES:
Dr. O. Costa Mandry.

INDICE

1931

AÑO 23 NOS. 184 - 195

	No.	Pág.
Acerca de la Malaria en Puerto Rico (A. Fernós Isern)	195	483
Amadeo, José A. Frecnicectomía	186	87
Anemia Cerebral, un caso en anestesia intra raquídea (M. Díaz García)	188	193
Armaiz, J. M. Cálculo urinario de tamaño poco común	194	427
Asamblea anual de la Asociación Médica del distrito de Guayama (Editorial J. H. Font)	191	107
Asociación Médica de Puerto Rico, reglamento	192	347
Aybar, Luis E. La Inyección intra-raquídea de cafeína en los accidentes graves de la Raquianestesia	184	11
Annual report of the Biological laboratory (O. Costa Mandry)	192	325
Apuntes biográficos de Ramón M. Suárez (O. Costa Mandry)	195	445
Annual report of the Bureau of Vital statistics (Manuel A. Pérez)	195	453
Bacterianas, Variaciones (P. Morales Otero)	193	383
Biamón, Luis L., (O. Costa Mandry)	191	278
Biological Laboratory, Annual report (O. Costa Mandry)	192	325
Biotipología humana (Luis M. Morales)	191	286
Bonelli, Pablo. Analogía entre la Schistosomiasis Mansoni y la Enfermedad de Banti o Anemia Esplénica	190	251
Cafeína, inyección intraraquídea de cafeína en los accidentes graves de la raquianestesia (Luis E Aybar)	184	11
Cálculo urinario de tamaño poco común (J. M. Armaiz)	194	427
Cirujía del corazón, presentación de un caso de herida penetrante (F. de Jesús)	193	380
Correa, José F. Report of a case of ovarian tumor of the Krukenberg type (Col. M. Díaz García)	189	210
Costa Mandry, O. Editorial	184	1
La disentería bacilar en Puerto Rico (Col. E. Garrido Morales)	185	22
Human infestation with fasciola hepatica	188	186
Editorial—La diarrea y enteritis en Puerto Rico	189	207
La Tuberculosis, su aspecto médico social en Puerto Rico	189	227
Luis L. Biamón	191	278
Editorial—El anuncio profesional	192	315
Annual report of the Biological laboratory	192	325
La influencia del laboratorio en la medicina	193	388
La malaria en Puerto Rico (editorial)	193	359
Infecciones intestinales por ingestión de substancias protéicas contaminadas	194	414
Informe del Secretario	195	467
Directorio Médico de P. R.	195	468
Apuntes biográficos de Ramón M. Suárez	195	445
Editorial	195	443
Dávila, Basilio. Raquianestesia	188	195
De-Jesús, F. Presentación de un caso de herida penetrante del corazón	193	380
Demográfico, Ley regulando el registro demográfico	191	302
Dextrocardia, estudio de un caso (E. Martínez Rivera)	192	322

	No.	Pág.
Díaz-García, Manuel		
Un caso de anemia cerebral en anestesia intraraquídea	188	193
Siempre Adelante (editorial)	190	249
Report of a case of ovarian tumor of the Krukenberg type (Col. José F. Correa)	189	210
Informe del Presidente	195	463
Double uterus and vagina. Report of a case in Porto Rico	195	449
Directorio Médico	197	538
Disentería bacilar en Puerto Rico (O. Costa Mandry y E. Garrido Morales)	185	22
Editoriales (O. Costa Mandry)	184	1
El problema del Cancer (I. González Martínez)	185	19
(E. García Cabrera)	186	71
Puerto Rico y su problema de Nutrición (R. J. Sifre)	187	133
Su elevado Ideal (M. Juliá)	188	185
La Diarrea y Enteritis en Puerto Rico (O. Costa Mandry)	189	207
Siempre adelante (M. Díaz García)	190	249
Mortalidad Infantil (P. Morales Otero)	191	277
El Anuncio profesional (O. Costa Mandry)	192	315
La Malaria en Puerto Rico (O. Costa Mandry)	193	359
Asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama (J. H. Font)	194	407
(O. Costa Mandry)	195	443
El Duelo de la Medicina (Arturo Torregrosa)	190	259
Ejercicio de la Medicina, proyecto de ley	190	263
Esprue—Tratamiento, y el uso de extracto acuoso de hígado en su anemia (R. M. Suárez)	186	74
Estado pre canceroso del Pene (E. García Cabrera)	189	213
Fásciola hepática, human infestation with (O. Costa Mandry)	188	186
Fé Médica, decadencia de la. (A Montalvo Guenard)	188	199
Fernós Isern A.		
Acerca de la malaria en P. R.	195	483
Figueroa, Leopoldo.		
Mortalidad infantil en Puerto Rico. Manera de prevenirla	187	134
Frenicectomía (José A. Amadeo)	186	87
Font, J. H.—Bronquiectacia y el lavado bronquial	194	431
Editorial	194	407
García Cabrera, E.		
Estado pre canceroso del pene	189	213
Garrido Morales, E.		
La disentería bacilar en Puerto Rico (Col. O. Costa Mandry)	185	22
La profesión médica y el informe de casos de enfermedades trasmisibles	195	480
González Martínez, I.		
Algunas consideraciones sobre la urografía por inyección intravenosa	181	2
El problema del cáncer (editorial)	185	19
Gutiérrez Ortíz, Víctor—Santiago, Veve Calzada	194	410
Hemoglobinúrica, fiebre—en Puerto Rico (Ramón M. Suárez)	193	363
Hyperthermias, non infections, in children (Ramón M. Suárez)	191	279
Infecciones intestinales por substancias protéicas contaminadas (O. Costa Mandry)	194	414
Informe del Presidente	195	463
Informe del Secretario	195	467
La influencia del laboratorio en la medicina moderna (O. Costa Mandry)	193	388
La profesión médica y el informe de casos de enfermedades trasmisibles (E. Garrido Morales)	195	480
Malaria en Puerto Rico (O. Costa Mandry)	193	359
Malaria en Puerto Rico (A. Fernós Isern)	195	486
Mantoux—Aplicación de la prueba de (J. Rodríguez Pastor)	184	14
Martínez-Rivera, E.		
Un caso de dextrocardia, transposición de otras vísceras y estenosis de la válvula pulmonar	192	322

	No.	Pág.
Medicina, ley regulando su ejercicio en Puerto Rico	190	263
Médicos Titulares, resolución regulando sueldo mínimo	192	320
Montalvo Guenard, A. Decadencia de la fé médica	188	199
Morales, Luis M. Estudio de la biotipologia humana	191	286
Morales Otero, P. Mortalidad infantil (editorial)	191	277
Variaciones bacterianas	193	383
Mortalidad infantil en Puerto Rico.. Manera de prevenirla (Leopoldo Figueroa)	187	134
Noticias Médico sociales (O. Costa Mandry)	185	62
	186	127
	187	179
	188	201
	189	242
	190	272
	191	310
	192	354
	193	400
	194	437
	195	486
Ovarian tumor of the Krukenberg type (M. Díaz García and José F. Correa)	189	210
Passalacqua, Luis—Trombo-anguitis obliterante	194	428
Proyecto de ley para regular el ejercicio de la medicina en Puerto Rico	190	263
Pérez, Manuel A. Annual report of the Bureau of Vital Statistics	195	453
Presidente, informe del	195	463
Quevedo-Báez, M. Proceso histórico de la tuberculosis en Puerto Rico	185	52
Raquianestesia (B. Dávila)	188	195
Registro Demográfico, nueva ley	191	302
Reglamento de la Asociación Médica de Puerto Rico	192	347

REVISTA DE REVISTAS.

	No.	Pág.
Aldrich, Anderson C. Treatment of the acute cerebral complication of nephritis	190	274
Ashford, B. K. The relation of monilia psilosis to tropical sprue and an evaluation of Fermentation of sugars as a criterion for specificity	187	182
Axtmayer, Joseph A. Study of the vitamin complex of yellow yautia and of plantain	185	69
Baker, B. M. Fiebre ondulante presentando el síndroma clínico de Hydroarthosis intermitente	190	274
Bennet, T. L. Nefrosis	185	68
Battley, J. C. Treatment of whooping cough with convalescent serum	195	490
Berard L. y Creyssel J. Tratamiento de los grandes epiteliomas cutáneos de la cara después del fracaso de los métodos radioterapéuticos	186	128
Bishop, L. F. Un estudio de la Amebiasis en la ciudad de Nueva York	190	275
Blauner Samuel and Goldstein Himan. Epidemic of measles Prophylaxis with whole blood	194	442
Boas, Ernest P. El reumatismo poliarticular agudo en inmigrantes puertorriqueños de edad adulta	192	358
Boerner, Fred Standard normals and normal ranges	193	403
Bray, George W. Hypochlorhidia of asthma in childhood	189	245
Burke-Gaffney, H. I. The clinical value of the combined Kahn and Wassermann tests in the tropics with special reference to yaws and syphilis	190	274
Butt, E. M. Nefrosis amiloidea subaguda experimental en conejos	188	206

	No.	Pág.
Carpenter, Charles M. and Boak, Ruth K. Isolation of Brucella Abortus from a human fetus	188	203
Carrera, José L. Deficiencia de la lucha antivenérea en Buenos Aires	190	276
Casaldemey, L. S. El metabolismo basal en las dermatosis	190	276
Castaño, E. Embrioma quístico de la vejiga	187	183
Child, F. A. and Roberts E. F. El tratamiento de la osteomielitis con larvas vivas de mosca	195	490
Conferencia serológica-Scoseriana	190	276
Cort W., Schapiro L. and Stoll R. N. Estudios de reinfección después del tratamiento en casos de uncinariasis y ascariosis	190	274
Dack, G. M., et al. Experimental study of possible routes of contamination of cakes with food poisoning staphylococci	195	488
Damesshek William. Primary hypocromic anemia	194	441
Danna, Joseph A. The treatment of empyema by aspiration and air replacement without drainage	189	245
Dean, Archibald S. The Olean City epidemic of typhoid fever in 1928	188	203
De Canctis, Adolph G. and Debre, Robert y Olsen O. E. Les enquetes enterprises en Amerique du Sud sur la mortalité infantil	189	246
Dimitry, Theodore J. The treatment of the nasal passages and the eyes with chaulmoogra oil in leprosy	185	66
Eusterman, George and O Leary, Paul A. Pellagra secondary to benign carcinomatosis lesions and dysfunction of the gastrointestinal tract	188	206
Fame F. Tensión arterial y tuberculosis pulmonar en medio sanatorial	195	490
Fawley, John M. Ultraviolet light in California Summer Sunshine with special reference to its value in the prophylaxis and treatment of rickets	189	247
Ferrell, John A. Challengue of Malaria in the South	188	203
Ferguson, E. B. Experiencias clínicas con amytal sódico y Avertina como anestésicos	195	489
Friedenwald, Julius and Morrison, Theodore. The clinical significance of the so called chronic appendicitis	193	403
Garrido Morales E. y Costa Mandry, O. Mechanism of Natural immunity to Diphteria. Preliminary report of experiments in Porto Rico	191	312
Typhoid fever spread by water from a cistern contaminated by a carrier	195	489
Geiger, R. La ocurrencia de espiroquetas en el líquido céfalo raquídeo	193	405
Geiger, J. C. et al. Three outbreaks of food poisoning apparently due to B. enteritidis B. paratyphosus, B (aertycke type) and B. paratyphosus A. respectively	191	312
Grautham, Hill C. Some clinical observations on mycetoma	192	358
Hartman, F. A., Aaronm A. H. and Culp. J. E. El uso de extracto cortical suprarenal en la enfermedad de Addison	189	247
Hass, Sidney V. Powdered ripe banana in infant feeding	192	205
Havens, L. C. and Mayfield C. The significance of agglutinins in normal persons	192	205
Hernandez, Danicanorich y Annane. Las causas del riñón poliquístico	190	275

	No.	Pág.
Herrmann, G. El edema en los sifilíticos con referencia a su origen cardiaco y renal	190	275
Hertig, M. and Huong, T. F. Estudio de las ratas y las pulgas	190	275
Informe de la comisión Germano rusa para investigar la sífilis	187	181
Jacinsky J. De la llamada nefritis tuberculosa y la baciluria tuberculosa	189	248
Jordan, E. O. and Hall John A. A case of food poisoning apparently due to staphylococcus	195	488
Jordan, E. O. et al. The effect of heat, storage and chlorination on the toxicity of staphylococcus filtrates	195	488
Kaiser, Albert D. The relation of Tonsills and adenoids to infections in Children, based on a control study of of 4400 children over a ten year period	188	204
Keefer, Chester S. Chi Shih Yaud and Huang K. K. Anemia associated with chronic dysentery	187	181
Kennedy W. P. La presión sanguínea en la anestesia por avertina	188	206
Kilduff, Robert A. The Kline precipitation reaction as an adjunct to the complement fixation test in the serological study of syphilis	185	67
Kolmer, John A. The principles of vaccine therapy	193	403
Lewis, R. C. Frumes G. M. and Stein H. B. A comparison of the antirachitic effects of winter and summer sunshine in Colorado	185	67
Lynonnet, B. Una importante función interna del riñón en la formación de amoniaco	186	128
Magath, Thomas and Essex, Hiram E Concerning the distribution of di-phillo-bothrium latus in North America	192	357
Masso, Mario E. La constitución biológica como factor en la patología y terapéutica de la sífilis	190	275
Miloslavich, E. L. and Murphy, F. D. Modificación voluntaria del sexo en el hombre	189	248
Morales Otero, Pablo Brucella abortus en Puerto Rico	185	68
Mulat, O. L. Sífilis de las embarazadas	186	130
Nelson, Richard L. Sonne Dysentery	185	66
O'Connor, F. W. Filarial periodicity	188	205
Orafucio A Prostatismo y la próstata	190	275
Pelayes y Lederer Rotura del bazo en la terapia malárica de la sífilis	190	276
Pilloni, S. El Tratamiento Bacelli para el tétano	193	406
Ramón G. and Debre Robert Value and duration of immunity confered by antitoxin	185	66
Reich Carl. The effect of blood transfusions on bone marrow activity as indicated by the reticulocyte	194	440
Rosenthal, Nathan Hematological aspects of Agranulocytosis accompanied by extreme leucopenia	186	130
Saile, F. La influencia de la alimentación vegetariana sobre la tensión arterial	186	129
Silverman, A. C. Poliomielitis aguda en Syracuse	193	405
Simmons, James Stevens, Dengue fever	187	181
Simpson Walter. Undulant fever	194	440
Souza-Araujo, H. C. de Experimental leprosy	191	314

	No.	Pág.
Strang J. M. and Semsroth, K. Streptococcic septicemia with vascular lesions	188	205
Tharpen, T. E Hess. Pathological anatomy of the intestinal tract in tropical sprue	189	246
Yaguda Asher Studies on Schilling count in appendicitis	186	131
Youmans, John B. and Thomson Th. El valor de la radiografía en la enfermedad de Addison	195	489
Trimble W. H. Experimental and clinical studies of Ergotamine	188	206
Zaldua, C. Marcos Contribución al estudio experimental de la diuresis	186	129
Waggoner RW. Syndehams Chorea	194	441
Roldán, Amalio Nuestra experiencia en urodografía intravenosa por Uroselectan	186	98
Rodríguez Pastor, J. Aplicación de la prueba de Mantoux. Su importancia, como indicación de infección tuberculosa	184	14
Schistosomiasis Mansoni, Analogía con la enfermedad de Banti (Pablo Bonelli)	190	251
Suárez, Ramón M. El tratamiento del esprú y el uso del extracto acuoso de hígado en su anemia	186	74
Anemia en Puerto Rico	189	223
Non infectious hyperthermias in children	191	279
Fiebre hemoglobinurica en Puerto Rico	193	363
Torregrosa, Arturo El duelo de la Medicina, Warthin	190	259
Trombo angüitis obliterante (Luis A. Passalacqua)	184	428
Tuberculosis—Proceso histórico de la Tuberculosis en Pto. Rico	185	52
Tuberculosis, su aspecto médico-social en Puerto Rico (O. Costa Mandry)	189	227
Urografía, por inyección intravenosa (González Martínez, I.)	184	2
Urodo-Radiografía—Nuestra experiencia con Uroselectan (Amalio Roldán)	186	98
Variaciones bacterianas, (P. Morales Otero)	193	383
Veve Calzada, Santiago (V. Gutiérrez Ortíz)	194	410

Shockless Non-Specific Therapy

For Arthritis, Sepsis, Erysipelas, Mumps, Infections of Eye, Ear, Nose and Throat, Colds, Influenza, Pneumonia, etc.

In infectious diseases, the injection of proteins has been found to stimulate the defensive forces of the body. The researches of Professor Much have shown that this effect can be materially increased by addition of lipoids and lipins to the injected proteins.

A combination of these three non-specific immunizing agents was originated by him and has been introduced under the name of Omnadin.

Following the injection of Omnadin there is a rapid reduction of fever, without protein shock, and an improvement in the general condition; the disease often runs a milder and shorter course.

DOSE: For adults, 2 cc. (1 ampule) injected intramuscularly; for children, 1 to 2 cc. (One injection daily usually suffices, but may be repeated several times.)

OMNADIN
Reg. U.S. Pat. Off.
Brand of PROLIPIN

H. A. METZ LABORATORIES, INC.

170 VARICK STREET, NEW YORK, N. Y.

REPRESENTANTE EN PUERTO RICO:

Fr. SCHOMBURG

Calle Luna 80 — Box 433 — Teléfono 281 — San Juan, Puerto Rico.



Dryco Irradiado

EL METODO DE IRRADIACION NO ALTERA LA POTENCIA DE LAS VITAMINAS NI EL EXQUISITO SABOR

DE UN grupo de ocho pacientes, informa Kramer[1], alimentados con leche irradiada, se obtuvo alivio en todos. Los efectos curativos eran notables al terminar la cuarta semana de tratamiento. Tambien se observó que se obtenía gran retención de calcio y fósforo como resultado de dicha alimentación.

RAQUITISMO y Tetania se previenen o curan con leche seca irradiada. La forma mas práctica de un alimento irradiado. es el uso de leche seca irradiada para la alimentación infantil. Dr. Alfred F. Hess[2]

YA HOTTINGER[3] informó que la leche irradiada es hasta más potente que el aceite de hígado de bacalao y casi *equivalente a la irradiación directa del niño.*

COWELL[4] ha demostrado por medio de roentgenografías que las muñecas de los niños que reciben una pinta diaria de leche irradiada producida en invierno, muestran una indudable mejoría y calcificación.

OFRECEMOS a la Profesión Médica el último adelanto para la terapia del Raquitismo: *DRYCO ACTIVADO POR IRRADIACION DE LOS RAYOS ULTRAVIOLETAS.*

Muestras y Folletos a disposición de la Profesión Médica

THE DRY MILK COMPANY

205 [illegible] 42nd St., New York, N. Y.

"Institución Internacional para el Estudio y Elaboración de Productos de Leche Pura"

Agente General para Puerto Rico: Fr. SCHOMBURG,

P. O. Box 433. — Teléfono 281. — Calle Luna No. 80, — San Juan, Puerto Rico.



THEELIN PARKE-DAVIS

ESTA preparación es la hormona folicular ovárica, en forma cristalina, químicamente pura. ● ● ● Se suministra en dos formas: en **ampolletas** para administración intramuscular o subcutánea y en **óvulos** para aplicación intravaginal. ● ● ● Se encontrará que, por regla general, la inyección inicial puede ir seguida de un tratamiento con óvulos, los cuales suplirán con ventaja las inyecciones cuando sea difícil o inconveniente para la paciente aprovechar el efecto más pronunciado de éstas. ● ● ● Se enviará un folleto con amplios datos sobre el Theelin al médico que lo solicite.

PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA

181 HUDSON STREET
NEW YORK, E. U. A.



DEXTRO MALTO

Por dos decenios, el hidrato de carbono preferido por los pediatras para modificar la leche de vaca destinada a la alimentación infantil, por estas razones: anunciarse y venderse de acuerdo con los principios de la moral professional; no variar en sus resultados clínicos; y prestarse más para adaptar el alimento a las necesidades del niño dado.

Los Dextro Malto de Mead Nos. 1, 2 y 3 y el Dextro Malto con Vitamina B se hallan de venta en todas las buenas farmacias y boticas en latas de 1 libra (460 gramos) y 12 onzas (340 gramos) respectivamente. Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos. Albert E. Lee & Son, P. O. B. 552, San Juan

La Prueba



Para que Ud. se convenza de que la **NUMOTIZINE** es lo suficiente eficaz para evitarle un [illegible] de tortura mediante un emplastro.
[illegible] le demostrará el por qué

Numotizine

[illegible] la inflamación y la congestión [illegible] en forma de [illegible] abcesos, torceduras [illegible]

[illegible] localmente. El efecto [illegible] el estornudo. Otra [illegible] de remover el emplastro de [illegible] los efectos deseados.

NUMOTIZINE Inc.
[illegible] Franklin Street,
CHICAGO, Ill.

[illegible] y [illegible] a los médicos [illegible] de

ROBERT Y SANTINI Distribuidores
Ave. Ponce de Leon,
SANTURCE, San Juan, P. R.



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.



COUNTWAY LIBRARY
3 2044 114 996 358